

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE 554

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 18 juillet 1899, à 1 heure

Par Louis LOURDIN

Né à Paris le 29 août 1866

ancien externe des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU DÉLIRE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Président : M. CORNIL, professeur.

*Juges : } MM. CHANTEMESSE, professeur.
CHARRIN et THOINOT, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1899

THÈSE

554

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 18 juillet 1899, à 1 heure

Par LOUIS LOURDIN

Né à Paris le 29 août 1866

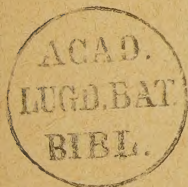
Ancien externe des hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU DÉLIRE DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE

Président : M. CORNIL, professeur.

Juges : } MM. CHANTEMESSE, professeur.
CHARRIN et THOINOT, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1899

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.	M. BROUARDEL
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
		DEBOVE.
Pathologie médicale		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N.....
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN.
Clinique médicale		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladie des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale		LE DENTU
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements		BUDIN.
		PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (AUG.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (ANDRÉ)	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage de piété filiale et de profonde reconnaissance.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON ONCLE
ALEXANDRE DELHOMME

A MA TANTE
FAVELLIE DELHOMME

Hommage d'affectueuse reconnaissance :

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNIL

Médecin des hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU DÉLIRE

dans la fièvre typhoïde

AVANT-PROPOS

Pendant le cours de nos études hospitalières, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de délire typhique systématisé, de délire de persécution, survenu dans les premiers jours de la maladie et terminé par suicide.

Nous avons alors recherché si ce phénomène remarquable était un élément rare ou fréquent au cours de la diéthiéntérie. Frappé de la rareté de cette variété de délire au début, dans le cours et dans la convalescence de cette maladie, nous avons cru utile de produire l'observation que nous avons pu recueillir en groupant autour d'elle les faits semblables connus et publiés, d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale. Nous exposerons donc successivement les variétés de délire en rapport avec les

différentes étapes de la maladie, avec la fièvre, la valeur séméiologique et pronostique de ces syndromes, leur diagnostic différentiel avec toutes les autres formes délirantes qui peuvent compliquer l'évolution typhique et leur pathogénie.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, il est pour nous un devoir bien doux à remplir, de remercier nos maîtres dans les Hôpitaux et à la Faculté,

M. Landrieux et M. Babinski qui ont dirigé nos premiers pas dans les études médicales,

M. Ribemont-Dessaignes, qui a bien voulu nous accueillir comme externe.

Que M. Picqué et M. Kirmisson nous permettent de les remercier de leurs précieuses leçons et de la bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée.

M. Thiroloix, qui ne nous a jamais ménagé ses conseils et nous a toujours largement prêté l'appui le plus cordial, nous offrons l'hommage de notre plus vive gratitude.

Nous prions M. le Professeur Cornil d'agréer tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE I

Du délire dans les maladies infectieuses en général.

Les maladies infectieuses présentent malgré la diversité de leurs lésions anatomiques, les caractères biologiques si différents de leurs agents pathogènes, des caractères généraux fondamentaux semblables qui servent à les réunir en une sorte de famille. La période d'état des grandes pyrexies se révèle toujours par un certain nombre de phénomènes primordiaux qui trahissent d'une part l'invasion de l'organisme par le microbe, de l'autre la résistance, phénomènes actifs qui donnent l'idée d'une lutte et d'un conflit, reflétant la souffrance totale de l'économie, enfin mettant en relief la suractivité morbide des appareils de la défense et de l'émonction des organes. Ces grands symptômes initiaux communs à toutes les pyrexies au début sont la fièvre, les troubles digestifs, les modifications de la nutrition, etc. Puis, l'infection retentissant sur tous les appareils de l'organisme, appareils cardiaque, pulmonaire, hépatique, rénal, etc, engendre un ensemble de signes réactionnels à prédominance variable suivant chaque pyrexie.

Or parmi ces troubles réactionnels, presque toujours présents, il faut signaler ceux qui rendent évidents l'envahissement toxi-infectieux du système nerveux central,

Les symptômes nerveux peuvent être immédiatement divisés en deux grandes catégories : les uns sont de constatation constante, appartenant aussi bien aux formes graves qu'aux formes légères, se sent la céphalalgie, l'insomnie, l'apathie physique et intellectuelle. D'autres, au contraire, appartenant aux formes graves, ce sont les troubles de l'intelligence, de l'émotion, de la volonté, les désordres moteurs convulsifs ou paralytiques. Pour ceux-ci, nous retenons le délire qui dans la folie chronique est constant, mais plus ou moins marqué. La fréquence et son intensité variable, s'expliquent d'une part, par le degré propre de la forme typhoïde qui frappe toujours plus ou moins profondément les centres nerveux, d'autre part par la sensibilité essentielle et variable de ces centres suivant les individus, sensible parfois si exquise, si intolérable que l'insomnie la plus longue est susceptible d'engendrer des réactions nerveuses formidables. On peut même dire que dans cette question de délire la part de la grande infection inspire devant le rôle prépondérant joué par le terrain.

CHAPITRE II

Caractères du délire dans les diathésénés.

Donner une définition exacte du délire est chose difficile. Avec Van Swieten, on peut entendre par délire toute création de l'esprit qui n'est pas en rapport avec les causes extérieures, mais dépend d'une disposition toute spéciale du cerveau, qui donne lieu à un jugement et à des émotions morales erronées.

Esquirol donne du délire cette définition toute psychologique : « Un homme est dans le délire quand ses sentiments ne sont pas en rapport avec les objets extérieurs, lorsque ses idées ne sont pas en rapport avec ses sensations, lorsque ses jugements, ses déterminations sont indépendantes de sa volonté. Mais Falret a bien montré que cette définition ne tenait pas compte d'un caractère important, à savoir : « la perte de conscience de son état que le malade ne saurait jamais ressaisir que par une cessation du délire ». En pathologie aliéniste, on distingue de nombreuses variétés de délire. M. le professeur Jaccoud sépare :

1° La conception délirante ou l'aberration née spontanément sans provocation sensible antérieure.

2° L'hallucination ou l'illusion sensationnelle, où le désordre est la conséquence légitime et logique d'une sensation anormale éprouvée par les malades. Mais, en réalité, en pathologie générale, ces nuances sont le plus souvent méconnues, et, pour indiquer les troubles de l'idéation, on se borne à dire que le malade a du délire, formule vague et peu précise, qui ne préjuge en rien les caractères mêmes de ce délire (Beigbéder).

Il existe en effet, au cours de la dothiéntérie, comme au cours d'ailleurs de presque toutes les pyrexies, deux variétés bien distinctes de délire, l'un habituel, symptôme banal qui fait partie intégrante de la phénoménalité de la période d'état, l'autre s'applique à une multitude d'états psychopathiques plus ou moins tranchés au double point de vue clinique et anatomique; entre ces deux formes s'échelonnent un nombre infini de variétés qui comme les maillons d'une chaîne réunissent le délire aigu au délire chronique, vésanique.

Le délire joue dans la fièvre typhoïde un rôle important, il fournit de précieuses indications pour le diagnostic et le pronostic, et à ce point de vue, on distingue ordinairement le délire suivant qu'il se produit au début de la maladie, pendant la période d'état ou pendant la convalescence. Cette distinction n'a rien d'arbitraire ou d'artificiel : elle permet des considérations pratiques précises.

Dès le début de la dothiéntérie, le délire peut offrir les apparences les plus diverses et reproduire, aussi exactement que possible, ce qu'on observe dans les vésanies les mieux caractérisées.

Ce délire peut être un délire lypémaniaque ou méga-

lomaniaque des plus correctement systématiques ; mais la présence d'une élévation thermique rend suspecte l'hypothèse d'un délire purement vésanique. Ce n'est là, en définitive, qu'un cas particulier de cette loi générale qui dit que tout individu qui entre dans le délire sans fébriciter est un aliéné, que tout délirant qui délire avec de la fièvre a beaucoup de chance pour ne pas être un aliéné. Si donc, comme l'a montré si bien M. Bucquoy, une difficulté se dressait ici, elle ne consisterait pas à distinguer un aliéné d'un malade qui commence une dothiéntérie, mais à établir quelle est l'affection aiguë dont le délire est systématique : encore peut-on ajouter qu'assez restreint est le groupe des maladies aiguës inaugurées quelquefois par un tel délire (érysipèle, variole) et que la dothiéntérie s'y place au premier rang.

Ce délire des premiers jours, des premières heures, a une portée bien différente, suivant qu'il s'éteint rapidement ou qu'il persiste continuant son évolution en pleine période d'état.

Le délire du début et de la période d'état constitue un troisième élément qui contribue avec la stupeur et la prostration à caractériser l'état typhoïde. Presque aussi fréquent que les deux autres, il présente, comme eux, de très grandes variétés.

Le délire toutefois n'est pas si constant qu'il ne puisse manquer absolument dans tout le cours de la dothiéntérie. Murchison a noté l'absence complète de tout désordre des fonctions intellectuelles ; Louis, dans les 134 observations qu'il a réunies, en compte 32, dans lesquelles il n'y a eu ni délire ni somnolence.

Le délire, lorsqu'il existe, est souvent un symptôme transitoire et dans bien des cas, il est modéré.

Il survient rarement dès les premiers jours : il éclate assez fréquemment vers le milieu ou la fin de la deuxième semaine, quelquefois seulement dans le cours de la troisième. Il succède donc le plus souvent, à la somnolence ainsi que l'a remarqué Louis, et ce mode de succession des symptômes, aussi bien que l'époque tardive à laquelle survient le délire, diffère complètement de ce qui s'observe dans le typhus (Murchison).

Dans les premiers temps et, chez quelques sujets, jusqu'à la fin, le délire se produit vers le soir, au moment où la somnolence tranquille de la journée fait place à une légère agitation. Il est précédé parfois de quelques signes précurseurs ; le malade est impatient, brusque ou chagrin, il a la parole plus brève, souvent la face est plus colorée, la céphalalgie plus forte ou les pupilles plus dilatées. Il est plus fréquent encore d'observer quelques troubles du sommeil ; le typhique a pendant plusieurs nuits, des rêvasseries, qui lui causent une grande fatigue et parfois un malaise tel que certains sujets, au dire de Louis, s'efforcent de se tenir éveillés pour s'y soustraire.

Les premiers indices de délire consistent en quelques paroles prononcées dans un demi-sommeil, et se rapportant, suivant l'âge du malade, à ses jeux, à ses travaux ou à ses affaires et, souvent aussi, aux personnes avec qui il vit en relations habituelles.

Chez les enfants, le sommeil est interrompu par des cris, des éclats de rire ou des expressions d'effroi, avec

de brusques tressaillements. Il suffit bien souvent, d'éveiller le typhique, pour qu'il retrouve immédiatement la lucidité relative de son intelligence, mais le réveil ne met pas toujours fin au délire. Les impressions du rêve persistent plus ou moins longtemps ; la confusion se met dans les pensées du malade, qui a peine à s'y orienter et à s'y débrouiller si je puis ainsi dire ; il commence à divaguer dans ses réponses et à rêvasser tout éveillé ; on a de plus en plus de peine à fixer son attention et à diriger son jugement.

Une autre condition contribue à égarer la raison de certaines typhiques ; on les entend interpeller des personnes absentes ou répondre à un appel imaginaire ; le délire est en rapport avec des hallucinations de l'ouïe ou de la vue. Des illusions, causées par des ombres, les dessins des tentures, l'éclairage de la pièce peuvent susciter aussi ou entretenir les conceptions erronées des malades.

Les formes actives et continues du délire ne sont pas très rares ; le typhique parle sans trêve et, souvent, sans aucune suite ; il crie, fait tapage, demande ses vêtements, veut se lever et ne peut être maintenu dans son lit qu'à grand'peine, soit qu'il oppose à la patience de ses gardes un entêtement calme, mais tenace, ou qu'il se mette en colère contre ceux qui lui font résistance. S'il peut s'échapper, il s'efforce de mettre les vêtements qui sont à sa portée ou bien il se promène en chemise, inoffensif, mais parfois aussi dangereux pour les autres et pour lui-même. Le malade trompant la surveillance de ses gardes, peut alors se précipiter par la fenêtre.

L'agitation, chez quelques sujets, est tout-à-fait furieuse ; ils sont sans cesse en mouvement, luttent avec une grande énergie contre ceux qui les veillent ; ils vocifèrent, profèrent des injures ou des blasphèmes, chantent à tue-tête ou poussent des cris inarticulés. Les cris, les paroles les plus véhémentes, les plus incoordonnées, ne s'accompagnent cependant pas nécessairement d'actes violents. Cet état peut se prolonger durant plusieurs jours : Louis cite l'exemple d'un malade qui ne cessa pour ainsi dire pas de vociférer pendant quinze jours, jusqu'à sa mort, survenue au milieu de la troisième semaine. M. Rayer dit avoir donné des soins à un enfant dont les cris violents et continuels tenaient les passant amentés sous les fenêtres de la maison. Les sons inarticulés que poussent quelques malades, surtout parmi les plus jeunes, ne diffèrent pas des cris hydrencéphaliques de la méningite ; ils n'ont aucune signification diagnostique.

En règle générale, le délire comporte un pronostic d'autant plus grave qu'il est plus actif et plus bruyant, qu'il éclate à une époque plus rapprochée du début, qu'il se prolonge davantage et d'une façon plus continue.

Chez la plupart des malades, le délire se montre seulement par intervalles ; dans les cas les plus favorables et près du début, il est interrompu par des périodes de calme à peu près complet ou de lucidité presque parfaite. Plus tard, ou dans les formes plus graves, il alterne avec la somnolence ou un état de prostration semi-comateuse.

Souvent, alors, il change de caractère, perd sa vivacité et participe à l'atonie générale, qui devient le caractère

dominant de la maladie : soit qu'il revienne de temps à autres, soit qu'il se prolonge presque sans interruption, il est tout à fait torpide.

Des phrases sans suite se succèdent d'une manière incohérente ou sont répétées à satiété ; les mots sont souvent prononcés entre les dents ou à demi-voix et mal articulés ; souvent aussi le typhique ne profère que des sons privés de sens ou pousse presque constamment une sorte de grognement sourd.

Au lieu d'apparaître à une période déjà avancée de la dothiéntérie, le délire est parfois, au contraire, un symptôme très précoce. Chez deux malades de Louis, il éclata la première nuit ; il s'observe souvent dans la première semaine, et Jenner a remarqué que dans le cas où il apparaît de très bonne heure, il cesse quelquefois à l'époque où se fait l'éruption des taches rosées.

Griesinger distingue avec soin deux conditions très différentes, dans laquelle le délire se montre dès le début ; tantôt la fièvre est intense, la prostration et la stupeur alternent avec un délire très actif et souvent violent ; tantôt il s'agit de sujets nerveux, faibles ou anémiques, qui avec une réaction fébrile modérée, ont une excitation cérébrale très vive, mais sans stupeur notable, tout d'abord ; dans les deux cas on peut voir les malades tomber rapidement dans une adynamie profonde ; toutefois ces accidents du début ne comportent pas nécessairement un pronostic très grave et la dothiéntérie peut, après quelques jours, prendre une évolution régulière et un caractère favorable.

L'intensité des accidents cérébraux et la soudainité de

leur invasion peuvent être telles qu'elles simulent absolument une attaque de manie aiguë.

Bristowe a vu le délire maniaque éclater dès le 2^e jour ; Murchison rapporte l'observation d'un malade qui avait au cinquième jour de la fièvre typhoïde, un tel délire qu'on le croyait aliéné ; Motet (1868) a cité le fait d'un typhique qui fut placé dans un asile avant qu'on eut reconnu la nature réelle des accidents cérébraux graves qu'il présentait. On pourrait sans peine réunir plusieurs faits du même genre.

Tant que le délire s'accompagne d'un certain degré d'excitation et tant qu'il est actif, il est en général très mobile, les idées s'entremêlent et se survivent sans ordre, souvent à peine ébauchées. Le délire est presque toujours général dès l'abord contrairement à ce qui arrive souvent pour le délire vésanique. Cependant, on peut voir, dans les formes plus tranquilles de l'excitation cérébrale, le cercle des conceptions se restreindre et quelquefois en même temps, les idées se mieux coordonner, de sorte que le délire tend à revenir partiel et presque systématique. Hanot et Bucquoy (1881) qui ont fait une intéressante analyse du délire des typhiques, signalent, chez quelques malades, et d'une façon passagère, au début, des idées de grandeur ou une disposition mélancolique ; chez d'autres, à la période d'état ou, plus souvent, vers le délire, l'activité cérébrale se concentre autour d'une série d'idées fixes ou d'une conception unique, à laquelle se rapportent, non seulement les paroles, mais les actes du malade. Cette condition, bien différente de celle où le typhique répète, par une sorte d'automatisme, une même phrase,

qui représente à peine une pensée, a une signification grave, lorsqu'elle se prolonge et surtout lorsqu'elle persiste après l'amendement général et surtout après la convalescence.

Tel demande sans cesse à être saigné (Chomel) ; tel autre refuse les aliments et doit être soigné au moyen de la sonde œsophagienne (Trousseau) ; d'autres encore affirment qu'ils ne sont pas malades, disposition d'esprit que Louis considèrait comme d'un bien fâcheux présage. Un malade de Murchison éclatait de rire à chaque parole qu'on lui adressait. D'autres ont un délire mélancolique, avec l'anxiété et les terreurs qui accompagnent certains cas de lypémanie ; ils ont des visions et des illusions effrayantes.

Les cas de ce genre peuvent se terminer par la guérison, comme Griesinger l'a plusieurs fois observé. On voit, chez d'autres malades, un délire vésanique persister ou faire place à un affaiblissement permanent de l'intelligence. Je reviendrai plus loin sur ces suites graves de la fièvre typhoïde.

Le délire ne se manifeste parfois qu'à de rares intervalles, ou varie beaucoup d'un jour à l'autre.

Quand le malade est reposé, il est souvent capable de donner quelques réponses sensées, et c'est après quelque temps seulement qu'il divague, sur une question de lieu, de temps ou de personne et que son intelligence paraît s'égarer.

Non-seulement le délire diffère d'un cas à l'autre, par la date de son apparition, par sa forme, sa durée, son caractère actif ou torpide, mais il présente chez le même

malade, des recrudescences ou des amendements qu'il est souvent, mais non pas toujours, possible de rapporter à des causes définies.

On le voit souvent se calmer ou disparaître. Quand survient spontanément une diminution notable et rapide de la fièvre. Le plus souvent, l'amendement est provoqué par une action thérapeutique et il coïncide avec un abaissement de la température ; mais alors le délire recommence, en général dès que la chaleur redevient excessive. Certains incidents qui, par eux-mêmes, peuvent être presque indifférents, comme une épistaxis modérée, plus graves, comme une hémorrhagie intestinale, ou même fatals, comme une perforation, peuvent de même suspendre le délire ou en diminuer seulement l'intensité.

Il arrive quelquefois que le délire est exagéré ou modifié dans sa forme par les moyens thérapeutiques mis en œuvre ; c'est ce qui paraît être arrivé dans bien des cas où la répétition des saignées coïncidait, soit avec l'aggravation de l'excitation cérébrale, soit avec l'apparition rapide des phénomènes de dépression remplaçant le délire actif du début. Cette transformation s'observe aussi à la suite de certains accidents, comme les diarrhées profuses, ou sous l'influence de certaines médications, qui ont pour effet commun de provoquer, à un degré quelconque, les phénomènes de collapsus. Ces remarques, d'ailleurs, ne s'appliquent pas exclusivement au délire, mais à l'ensemble des désordres nerveux.

On connaît bien depuis les leçons de Trousseau, et le travail de Becquet (1866) le délire d'inanition, qui survient au déclin de la fièvre ou dans la convalescence.

C'est, le plus souvent, un délire calme, avec hallucinations ; il éclate d'une façon soudaine en général et peut prendre chez les sujets amaigris, anémiés et refroidis, une gravité immédiate ; il est heureusement rare d'observer cette forme terrible ; le plus souvent, quand l'alimentation est donnée en quantité suffisante et est bien supportée, le pronostic est bénin et le délire disparaît à mesure que les pertes de l'organisme se réparent.

Le délire de la fièvre typhoïde a quelquefois donné lieu à des discussions médico-légales intéressantes ; deux faits de ce genre ont été publiés par Legrand du Saulle.

Grisolle (*pathol. int.* tome 1^{er} page 40) parlant du délire post-typhique s'exprime ainsi :

« Il est ordinaire qu'après les fièvres typhoïdes graves l'intelligence reste quelque temps paresseuse, et que l'aptitude aux travaux intellectuels soit moindre pour un temps plus ou moins long ; mais il n'est pas rare en outre d'observer au début ou dans le cours de la convalescence un dérangement des facultés intellectuelles à forme variable.

Les uns ont un délire maniaque ; d'autres ont une obtusion telle des idées, qu'ils se rapprochent des déments. Cette folie accidentelle se dissipe en général spontanément, à mesure que les forces reviennent, mais je l'ai vu néanmoins persister depuis quelques semaines jusqu'à plusieurs mois ».

Maurice Raynaud a consacré au délire typhique une leçon magistrale :

S'il est au monde une question vraiment clinique, c'est celle dont nous allons nous occuper aujourd'hui :

le délire dans la fièvre typhoïde. Si vous voulez en comprendre l'importance, consultez les relevés de Louis : sur 38 cas de fièvre typhoïde terminés par la mort, il y a eu 36 cas de délire, et sur 37 malades guéris, 35 ont présenté ce symptôme. Autant dire que tout malade atteint de fièvre typhoïdes, a, peu ou prou, du délire à un moment donné.

C'est surtout au point de vue du diagnostic et du pronostic que ce sujet mérite d'être approfondi : vous m'avez vu plus d'une fois attirer votre attention sur certaines formes spéciales qui pourraient, pour un esprit non prévenu, devenir la source de grosses bévues, telles que d'envoyer dans une maison d'aliénés un malade simplement atteint de fièvre typhoïde.

Vu l'importance du sujet, je compte insister aujourd'hui d'une façon toute particulière sur ces formes qui se différencient plus ou moins du type classique, de la forme commune du délire typhoïde, et qui, pour une raison ou pour une autre, pourraient devenir une source d'erreurs.

Mais avant de passer aux formes exceptionnelles, je dois vous rappeler sommairement la forme sous laquelle vous observez le délire, si vous vous rapportez à la majorité des malades que vous avez sous les yeux.

Parmi les phénomènes initiaux de la fièvre typhoïde, il en est un que vous rencontrez dès l'abord, c'est la stupeur. Ce phénomène est même si constant que son nom (τυφος) a servi et sert encore à caractériser la maladie. Cette stupeur est comme l'annonce du délire, qui éclatera plus tard ; c'est un simple affaiblissement des facultés intellectuelles qui en précède la perversion. Tout effort d'in-

telligence semble excéder le malade ; il reste silencieux, dans une sorte d'hébétude dont il est difficile de le tirer. Cherche-t-on à attirer son attention sur un sujet quelconque, on a peine à la fixer : les questions semblent l'ennuyer, le fatiguer ; il répond à peine, et s'il répond, c'est par monosyllabes et d'un air distrait ; en même temps le sommeil se perd : il est d'abord troublé par des rêves, puis fait place à de l'insomnie ; enfin une certaine agitation se montre et le délire paraît.

A quelle époque de la maladie ? D'ordinaire c'est au septième, au huitième, au dixième jour qu'il éclate quand il doit se montrer. Sa durée commune est de huit, dix, quinze jours au maximum ; si on l'a vu persister pendant vingt ou vingt-cinq jours c'est qu'on avait affaire à des cas d'une gravité exceptionnelle, et d'une façon générale on peut dire qu'une durée de dix jours est la règle.

Ceci posé, examinons ce qui se passe chez notre malade et tenons-nous-en d'abord à ce que nous pouvons constater de visu. Nous procéderons, dans cette étude, par gradation, passant du simple au composé, des formes les plus simples et partant les plus bénignes, à celles qui présentent une complexité et une gravité plus grandes.

Dans la forme la plus légère, le malade est toujours distrait et inattentif aux questions qu'on lui pose ; mais au lieu d'être simplement hébété, et c'est en cela que consiste précisément le délire, il est facile de voir que son regard est dirigé vers quelque point de l'espace, où il fixe attentivement quelque objet imaginaire, toujours pénible à voir, comme une figure grimaçante, un monstre bizarre, une scène effrayante. Il est d'ailleurs facile,

en pressant le malade de questions, de le détourner de sa contemplation ; mais il y retombe aussitôt qu'on vient à le laisser tranquille.

Une forme déjà plus grave, c'est la forme mélancolique, en attachant, bien entendu, au terme de mélancolie le sens qu'y attachent les médecins aliénistes.

Les hallucinations tristes qui obsédaient les malades dans le cas précédent prennent une forme plus précise et engendrent dans leur imagination des idées sombres, dépressives ; ainsi ce n'est plus simplement un personnage absent ou imaginaire, c'est un parent mort, c'est un enfant coupé en morceaux qu'ils aperçoivent ; ce ne sont plus des voix confuses, se sont des injures, des reproches qu'ils entendent.

Alors ils font entendre des plaintes, des gémissements, ou profèrent de menaces contre les fantômes qu'ils croient apercevoir. Du délire dépressif au délire d'action il n'y a qu'un pas. Les malades se lèvent de leur lit et vont se coucher dans le lit de leur voisin ; ils veulent s'en aller de l'hôpital, retourner chez eux. Ils s'échappent par la première porte ouverte, sautent par la fenêtre ou se tuent en enjambant la rampe de l'escalier, comme le fait est arrivé dans cet hôpital il n'y a pas très longtemps.

A un degré supérieur le délire devient furieux. Vous voyez s'agiter sur leur lit ces malheureux aux yeux injectés, à la face vultueuse, qui crient, qui injurient, vocifèrent, veulent se précipiter en avant, si l'on ne les maintient à l'aide de la camisole de force. Dans ces cas graves, le délire simule la manie aiguë. Il peut, tout-à-fait exceptionnellement, s'accompagner de symptômes

d'hydrophobie, comme l'a décrit Saget en 1851. Non seulement les malades refusent toute espèce de boisson, mais même la vue seule d'un verre d'eau peut faire naître chez eux un formidable accès de spasme pharyngien : en même temps ils présentent les hallucinations spéciales aux sujets atteints d'hydrophobie.

A coté de ces faits, je dois mentionner cette forme peut-être plus grave encore, quoique malheureusement très commune, qui quelquefois se présente d'emblée et qu'on a décrite sous le nom de coma vigil. Dans cet état, le malade, plongé en apparence dans une stupeur profonde se trouve néanmoins dans un état d'excitation intellectuelle considérable, qui se traduit au dehors par des gémissements ordinairement peu bruyants ou un marmottement continu de paroles incompréhensibles ; souvent aussi les lèvres s'agitent sans qu'il en sorte aucun son : c'est la mussitation des anciens auteurs. De plus, les malades présentent de la carphologie.

Cet état diffère peu de celui qui est connu de toute antiquité sous le nom de typhomanie. La typhomanie (*affectus phrenétide et lethargia mixtus*) est, en effet, constituée par une excitation intellectuelle très grande contrastant avec une dépression profonde de l'organisme, qui fait ressembler les malades à des gens qui rêvent tout éveillés ; elle est toujours d'un pronostic des plus graves, quoi qu'on ait souvent vu guérir des individus qui l'avaient présentée.

Il est ordinairement impossible de tirer les typhomaniaques de la stupeur dans laquelle ils sont plongés ; cependant on observe quelquefois ce phénomène étrange ;

si l'on parvient à leur faire entendre une question comme celle-ci : « Comment vous trouvez-vous ? » On est tout étonné de les entendre dire qu'ils sont très bien portants, qu'ils n'ont rien. Ce contraste entre ce bien-être apparent et le cortège d'accidents formidables qui souvent l'accompagnent a été signalé par Louis, et avec raison, comme étant d'un pronostic excessivement funeste ; il assure avoir toujours vu mourir les malades qui l'avaient présenté. J'ai toujours trouvé cet état lié à l'existence de hautes températures, et c'est dans les cas de ce genre que j'attribue une influence des plus salutaires à l'emploi du traitement par les bains froids.

Tels sont les phénomènes objectifs du délire dans la fièvre typhoïde. Cherchons maintenant à conduire plus avant nos investigations, à nous rendre compte, s'il est possible, des phénomènes subjectifs qui se passent chez nos malades, à pénétrer, en quelque sorte, dans leur cerveau.

Au moment même où ils sont en proie à ce délire maniaque ou mélancolique, il est impossible de les forcer à analyser leurs propres pensées, et plus tard, quand les accidents auront tout-à-fait disparu, quand ces malades auront recouvré la santé, une nouvelle difficulté surgira ; la plupart du temps ils ont complètement perdu la mémoire, et ne savent plus rien de ce qui s'est passé en eux, Néanmoins le problème n'est pas absolument insoluble ; quelques malades ont par exception, conservé un souvenir très précis de leurs divagations ; de plus, la science possède les observations personnelles d'un certain nombre de médecins atteints d'accidents semblables et qui, reve-

nus à la santé, ont pu décrire fidèlement le phénomène psychique dont leur cerveau a été le théâtre. Ce qui ressort de ces faits, c'est que, malgré cette hébétude qui paraît caractériser la maladie, il règne presque constamment non-seulement dans la forme maniaque, mais même dans la forme dépressive, une suractivité intellectuelle portant tantôt sur une seule idée, tantôt sur tout un groupe d'idées.

Il n'est personne qui ne connaisse, et probablement vous les avez tous éprouvées, ces idées fixes qui s'implantent dans l'esprit des fébricitants et dont rien ne saurait parvenir à les déloger. Venons-nous à prendre la fièvre? Les pensées les plus singulières, les plus saugrenues, s'installent dans notre cerveau pour deux ou trois jours et ne le quittent qu'avec elle. Eh bien, les malades atteints de fièvre typhoïde sont dans ce cas, au moins dans les formes légères. Dans les formes plus accentuées de délire, ils ont, vous disais-je, soit de véritables hallucinations, c'est-à-dire qu'ils voient des objets plus ou moins horribles, plus ou moins effrayants, n'ayant aucune existence réelle, qu'ils entendent des paroles qu'un être imaginaire profère à leur oreille, ou des illusions, c'est-à-dire qu'ils transforment les impressions réelles de leurs sens.

Hallucinations, illusions, tels sont les deux ordres de phénomènes initiaux de la fièvre typhoïde.

Là-dessus, la folle du logis bâtit une histoire qui, avec un point de départ faux, présente cependant une certaine suite, et sous l'influence de laquelle ils commettent une série d'actions ou passent par une série d'idées qui s'en-

chainent parfaitement et se déduisent logiquement les unes des autres.

Le fait est que le délire typhoïde possède, contrairement à ce que l'on croit généralement, un certain degré de logique; le point de départ, hallucination ou illusion, est faux, mais les conséquences, pensées ou actes, sont jusqu'à un certain point naturelles; par exemple, quand nous voyons un malade se lever de son lit pour aller se recoucher dans celui du voisin, cet acte, déraisonnable en apparence, s'explique par ce fait que le malade voit dans son lit un être imaginaire qui le gêne ou le tire par les pieds, et qu'il croit être en sûreté dans le lit d'un autre; s'il veut quitter l'hôpital, c'est qu'il se croit persécuté, qu'il s'imagine qu'on va le battre, le faire mourir; s'il se jette par la fenêtre, c'est sous l'influence de quelque idée dépressive: c'est par exemple, pour échapper à des voix qui lui reprochent son infamie, son déshonneur.

Cette surexcitation extrême des idées et des actions, il est à peine besoin de le dire, atteint son maximum dans la forme maniaque. Cette forme, par parenthèse, n'est pas bien nommée; ce que les aliénistes entendent sous le nom de manie, c'est, ainsi que M. Delasiauve l'a fait observer avec raison, un état apyrétique constitué par un désordre intellectuel extrême, par une série d'idées qui se succèdent les unes aux autres avec une extrême rapidité et sans aucun lien logique, mais sans que le malade soit le jouet d'hallucinations. Les hallucinations manquent dans la manie; elles ne font, au contraire, presque jamais défaut dans le délire dit maniaque de la fièvre typhoïde.

Dans la forme avec coma vigil, la surexcitation est portée à son comble, bien qu'en apparence la stupeur soit profonde. Le malade se livre à un voyage au long cours dans le pays des rêves, et dans ces cas, moins rares qu'on ne croit, où la mémoire est conservée, quand il est revenu à la raison, nous le trouvons profondément étonné, et nous nous étonnons nous-mêmes, du nombre incommensurable d'idées, d'images tristes, terrifiantes, toutes parfaitement liées les unes aux autres, qui ont défilé comme un lugubre cortège dans le cerveau de ce malheureux. L'illusion est si grande, que le malade qui s'éveille après douze, quinze jours de délire croit avoir vécu cinq, six, dix années, une vie entière, et qu'il ne vient jamais à bout de nous retracer cette longue odyssée.

D'où vient ce contraste entre ces pensées multiples et cette stupeur entrecoupée d'un peu de marmottement? C'est que le typhomane manque absolument de moyens d'expression ; il y a comme un mur infranchissable qui le sépare du monde extérieur : absorbé dans ses rêves, il paraît avoir oublié toute communication avec ses semblables, et le marmottement n'en est qu'un rudiment bien faible.

Je ne ferai pour aujourd'hui qu'indiquer les différentes affections auxquelles on pourrait par erreur rapporter les formes diverses du délire typhoïde.

L'une de ces dernières est tellement typique qu'elle ne peut guère fournir matière à erreur : c'est la typhomanie. Mais on pourrait prendre la forme dépressive simple pour de la mélancolie avec stupeur (cette erreur a sou-

ventété commise) confondre les formes agitée avec la méningite, avec la manie aiguë ou l'alcoolisme.

Pour ne parler que de ce dernier, il m'a paru, bien moins dans la fièvre typhoïde que dans la pneumonie, causer le cortège d'accidents de la fièvre typhoïde. Vous éviterez beaucoup d'erreurs en vous souvenant que dans les cas où le diagnostic est épineux, il faudra prendre en grande considération la fièvre, mesurée par la marche de la température et du pouls. Cette seule considération suffirait, par exemple, pour exclure la mélancolie avec stupeur.

Je vous ai parlé du pronostic en vous décrivant les diverses formes de délire que j'ai tâché autant que possible de ranger suivant une échelle de gravité ascendante. Le pronostic ne doit pas cependant dépendre d'une façon absolue de l'intensité du délire ; j'admets, avec Trousseau, que les formes thoraciques sont généralement plus graves que les formes cérébrales. Cependant l'association du délire, et surtout du coma vigil, à d'autres symptômes graves, assombrit beaucoup le pronostic ; il peut même devenir tout-a-fait funeste, à moins qu'il ne s'agisse d'enfants, si le délire apparaît prématurément dès le deuxième ou troisième jour.

Je ne reviendrai pas sur l'influence heureuse qui m'a paru constamment exercée par les bains froids sur le symptôme qui nous occupe en ce moment.

J'ai hâte, Messieurs, d'arriver à l'étude de ces formes rares que peut affecter le délire dans le courant de la fièvre typhoïde, formes que leur rareté même a fait plus

ou moins négliger par les auteurs classiques, et qui sont l'objet principal de cette leçon.

Nous devons à M. Barié l'étude des quelques formes de délire partiel, au début et pendant la période d'état de la fièvre typhoïde. (Délire de persécution, folie religieuse).

M. Barié montre qu'entre toutes les maladies aiguës, la fièvre typhoïde est inconstamment une de celles qui engendrent le plus fréquemment du délire avec perturbations plus ou moins profondes de l'intelligence. Murchison a essayé de démontrer la fréquence de ces accidents en disant qu'on les observait soixante-sept fois sur cent cas de dothiéntérie.

Cependant il est nécessaire de faire, à ce sujet, une distinction de la plus haute importance.

1^o Tantôt, le délire, coïncidant avec l'état fébrile, apparaît dans le cours de la fièvre typhoïde, quelquefois même, tout à fait au début de l'affection.

2^o Tantôt, au contraire, le délire ne survient qu'au déclin de la maladie, ou pendant la convalescence, alors que la fièvre a entièrement disparu.

Cette seconde forme du délire typhoïde a attiré, tout particulièrement l'attention des observateurs. Plusieurs circonstances peuvent se présenter.

Dans certains cas, le malade est arrivé sans encombre à la fin de la maladie, et la fièvre est tombée, quelquefois même il est en pleine convalescence, mais conserve quelques traces de délire fugace ; ou bien, son intelligence

affaiblie est encore en proie à des hallucinations passagères.

Cependant, le pronostic de ces troubles cérébraux est généralement favorable, et le délire disparaît en général assez rapidement quand le malade commence à pouvoir être alimenté et à reprendre des forces. Dans ces cas, il n'y a pas folie véritable, mais plutôt un retour lent des fonctions cérébrales, et un état d'anémie par épuisement de l'organisme et inanition prolongée. Ces troubles cérébraux pourraient être rangés, pour la plupart tout au moins, dans la variété bénigne du délire d'inanition, décrit par Becquet, il y a plus de vingt ans déjà. On trouve dans la clinique de Chomel un cas de ce genre observé chez une fille, durant la convalescence d'une fièvre typhoïde extrêmement grave ; et Thore dans un excellent mémoire sur la folie consécutive aux maladies aiguës, en a rapporté deux autres faits intéressants.

Dans une seconde série d'observations, les malades ont présenté des troubles cérébraux plus restreints, plus limités, fréquemment sous forme de délire des grandeurs :

Sauvet un des premiers, en a publié un cas intéressant chez une jeune fille. De même Leudet a relaté l'observation d'une femme de 23 ans atteinte de fièvre typhoïde légère ; au 15^e jours alors que la maladie était complètement dans son délire il survint une monomanie ambitieuse très rebelle, persistant durant dix-sept jours : la malade prétendait appartenir à la famille Bonaparte, être la fille du président de la République et distribuer des épingles en diamants et des décorations à tout son

entourage ; néanmoins la guérison fut complète. Fauvel, Simon Max, Christian, et plus récemment Hanot et Bucquoy ont signalé des faits analogues. Dans d'autres circonstances, il y a chez les malades un mélange d'idées dépressives et d'idées ambitieuses suivant l'impression du moment. Marcé avait remarqué depuis longtemps cette bizarre association.

Mais il y d'autres cas plus graves de la folie chronique apparaissant à la fin de la maladie, ou le plus souvent pendant la convalescence.

D'après Griesinger, les troubles cérébraux affectent surtout la forme mélancolique. En pareil cas, le pronostic est presque toujours fatal, l'état mental, accompagné parfois de stupeur, s'aggrave de jour en jour et les malades tombent dans une démence profonde et incurable. C'est ainsi que, suivant Schlager, sur cinq cents aliénés, vingt-deux cas seraient imputables à la fièvre typhoïde. D'après Jacobi, un huitième des cas de manie serait dû aux suites de la dothiéntérie. Pour un grand nombre d'auteurs, les typhiques qui restent sous le coup des troubles cérébraux, après la disparition complète de la dothiéntérie, sont presque toujours des prédisposés à la folie. D'autres, au contraire, pensent que la fièvre typhoïde engendrerait chez certains malades une prédisposition à l'aliénation mentale ; proposition qu'ils ont résumée sous cette formule : « la dothiéntérie, tout comme l'hérédité est capable de créer une prédisposition vésanique.

Le délire symptomatique de la fièvre typhoïde éclate le plus souvent durant la période d'état de la maladie, quelquefois même tout à fait au début de l'affection.

Dans deux cas, Louis l'a vu apparaître le premier jour ; de même Guéneau de Mussy cite un cas observé chez un de ses propres enfants. Celui-ci, très bien portant la veille, avait fait le jour même une promenade de plusieurs heures ; il rentre se plaignant de mal de tête, on lui trouve de la fièvre et on le fait coucher. Deux heures après, il avait, un délire violent, et c'était le début d'une dothiëntérie grave, qui fut de longue durée.

Mais, que le délire apparaisse au début ou pendant le cours de la fièvre typhoïde pour peu qu'il soit intense, il a pour caractéristique d'être un délire généralisé, vague, sans suite, compliqué d'agitation, de mouvements désordonnés, de mobilité et d'incohérence dans les idées, de loquacité, d'emportements ou de colères sans motifs, etc ; bref, un état de surexcitation générale qui constitue bien souvent, un véritable accès de manie, avec la fièvre en plus. Lorsque ces accidents surviennent pendant la période d'état, le diagnostic ne présente aucune difficulté, mais on sait qu'ils peuvent éclater au début de la maladie, avant que les signes de la dothiëntérie se soient manifestés nettement. Dès lors le diagnostic est extrêmement épineux, et tous les traités spéciaux signalent des cas de malades dirigés sur les asiles, comme frappés d'aliénation mentale, qui n'étaient atteints, en réalité que de délire aigu, avec excitation maniaque, symptomatique d'une maladie aiguë : fièvre typhoïde pneumonie, érysipèle etc., qui se déclare quelquefois le lendemain de l'internement du malade.

Mais à côté de ces troubles cérébraux bien connus aujourd'hui et devenus classiques, pour ainsi dire, nous

voudrions montrer que le délire, dans la période d'état, ou même au début de la fièvre typhoïde, peut prendre parfois les allures d'un véritable délire partiel.

Si l'on consulte à ce sujet les meilleurs auteurs de travaux de psychiatrie, on voit que la plupart passent complètement sous silence ces cas curieux, qu'ils semblent ne pas avoir observés. D'autres, en très petit nombre signalent la possibilité du fait, d'un mot, comme en passant, sans s'y appesantir et surtout sans en rapporter d'observations probantes. Ce desideratum s'explique aisément, en ce que les **maladies aiguës** s'offrent moins souvent à l'observation des aliénistes qu'à celle des autres médecins.

Ces cas curieux sont plutôt du domaine de l'hôpital que celui de l'asile; et cela est si vrai qu'un aliéniste distingué, dans un bon travail, sur *La fièvre typhoïde dans ses rapports avec la folie*, où il étudie avec soin les manifestations délirantes a pu écrire: « Je n'insisterai, pas sur les délires de la période d'état, vrais délires fébriles qui intéressent moins l'aliéniste que le médecin ».

Quoi qu'il en soit, je crois avoir publié quelques-uns des premiers cas un peu complets de délire partiel, à la période d'état de la dothiéntérie, ils ont été insérés dans un mémoire paru en 1877 dans l'*Union médicale* sous le titre suivant : *Note sur deux cas de folie avec guérison survenue pendant la période d'état de la fièvre typhoïde.*

Depuis la publication de ce premier mémoire M. Barié a rencontré cinq nouveaux cas peut-être encore plus complets que les premiers, et c'est de l'étude de ces différen-

tes observations, que M. Barrié a tiré quelques considérations dignes, d'attirer l'attention des cliniciens.

Il faut établir tout d'abord, que les formes de délire partiel que M. Barrié a vues en pareil cas sont au nombre de deux : le délire de persécution ; puis à un degré de fréquence moindre, la folie religieuse.

Délire de persécution. — Le délire de persécution a été plus commun chez la femme que chez l'homme dans la proportion de six contre un.

Au point de vue pathogénique, M. Barrié a rencontré qu'un seul cas d'hérédité nerveuse très caractéristique : la mère de la patiente était hystérique, un oncle était mort épileptique et un frère avait été dans le jeune âge, atteint de chlorée durant plus d'une année.

Les autres malades n'avaient aucun antécédent névropathique familial ; chez quelques unes, on pouvait relever un état d'impressionnabilité notable du caractère. Dans une observation de Baillarger, la malade avait eu de profonds chagrins à la suite de la mort d'un jeune homme qu'elle aimait.

Délire de persécution à la période d'état. — C'est du quatrième au dixième jour de la maladie qu'est apparu le délire avec son cortège habituel d'hallucinations et d'idées de persécution, dont l'exposé se rapproche singulièrement du tableau qu'en a tracé Lasègue dès 1852 à propos du délire de persécution chronique apyrétique.

Les conceptions délirantes ont été assez variées les malades se plaignaient vivement de leurs camarades d'atelier, les accusant de chuchoter entre eux et de com-

ploter pour les faire choper par le patron. On mettait à leur place, disaient-ils, pendant leur absence du travail mal fait ou bien on cachait leurs outils et on allait les dénoncer au patron et à la police comme voleurs.

Mais l'idée dominante, celle que l'on retrouvait chez la plupart des malades, était la crainte d'être empoisonnées par leurs voisines de lit ou chargées de leur donner des soins. Une malade accusait une de ses compagnes d'avoir jeté « des saletés » dans son lait pour la faire mourir, une autre dénonçait hautement la fille de salle pour avoir ajouté du poison à sa tisane. C'est pourquoi, malgré la soif qui les dévorait, et dont elles se plaignaient à haute voix, les malades repoussaient-elles avec énergie le lait, le bouillon, les potions et toute espèce de breuvages.

L'une d'elles que l'on était parvenue à faire avaler, par surprise, quelques gorgées de liquide, les crachait avec fureur en disant que cela sentait le soufre et qu'on voulait l'empoisonner.

Une autre entendant prescrire de la caféine, s'écrie que le café est un poison, qu'elle n'en boira pas et qu'on veut la faire mourir.

Et de fait elle reste près d'une semaine sans vouloir rien avaler. Si l'on insiste, elle serre les dents avec force ou se débat en appelant son mari à son secours.

Les hallucinations de l'ouïe ont été très fréquentes : c'est derrière la porte ou derrière une cloison que les malades entendent distinctement la voix de leurs parents ou de leurs voisines ; on prononce leur nom associé au mot

mort, on ricane, on chuchote ou bien l'on dit encore : « C'est demain qu'on l'empoisonnera ! » et d'autres instants, les malades gardaient un mutisme obstiné, serrées dans leurs couvertures, jetant un regard haineux et terrifié si on s'approchait d'elles, ou bien inertes, immobiles l'œil vague et comme absorbées dans une idée fixe qui peut être suivie de tentative d'homicide.

C'est ainsi qu'une malade se croyait en proie aux menaces de sa voisine de lit ; bientôt elle l'accuse de lui avoir coupé la tête et fait mine de la chercher partout, puis elle reste de longues heures silencieuses et paraissant réfléchir; enfin elle n'hésite plus et pour se mettre définitivement à l'abri de la persécution de cette voisine détestée, elle se lève brusquement, à la tombée de la nuit, et tente de l'étrangler.

Ce délire s'est toujours montré, dans le stade d'état de fièvre typhoïde en pleine période fébrile ; la température dans tous les cas, ne s'est pas élevée, pour le matin, au-dessus de 38° 8, le soir au-dessus de 39° 6. Le pouls n'a jamais dépassé 132 pulsations en moyenne. Il est intéressant encore de constater que les idées délirantes et les hallucinations n'ont présenté aucune corrélation avec la fièvre, et il est arrivé pour plusieurs cas du moins que la plus haute élévation de la courbe thermométrique ne correspondait pas au maximum des troubles cérébraux.

D'une façon générale, il s'est agi dans ces cas de fièvre typhoïde sévère, mais en aucune circonstance je n'ai rencontré d'hyperhémie ni de complications graves en dehors du système nerveux. Un seul cas s'est fait remar-

quer par la longue évolution de la maladie, les autres ont eu une durée moyenne d'un mois, et la convalescence s'est déroulée avec une régularité parfaite.

La durée de ce délire de persécution a été variable : nous trouvons les chiffres suivants : 11, 13, 15, 25 et 34 jours.

Dans toutes les observations, les accidents cérébraux ont diminué puis cessé tout à fait à l'apparition de la période apyrétique et de la convalescence.

Ainsi, le point capital, et certainement le plus important de cette courte analyse, est le caractère très souvent favorable du pronostic. Tous les cas que j'ai observés ont été suivis d'une guérison complète, et ces troubles cérébraux si alarmants au premier abord, n'ont laissé aucune trace durable ; deux fois seulement il persista durant deux semaines environ, un peu de paresse intellectuelle et surtout de la mémoire, mais tout reentra définitivement dans l'ordre par la suite. Il y a là comme on le voit une différence radicale entre ce délire de persécution, aiguë, accompagnant la fièvre typhoïde durant sa période d'état, et le délire de persécution apyrétique, chronique d'emblée qui aboutit presque fatalement à la démence.

On objectera, peut-être que cinq observations ne sont pas suffisantes pour porter un pronostic définitif et sans appel ; je le reconnais tout le premier mais il n'en sera pas moins établi que ce délire partiel pertyphoïdique, si l'on peut dire ainsi, guérit souvent et cela d'une façon complète.

Délire de persécution initial de la fièvre typhoïde. —
Le diagnostic du délire partiel aigu, en forme de délire de

persécution, ne présente aucune difficulté quand il se montre dans le cours de la période fébrile de la dothiéntérie, mais il est, au contraire, extrêmement délicat quand le délire éclate au début même de l'affection, précédant d'un temps plus ou moins long les signes habituels de la fièvre typhoïde.

Ce délire de persécution initial paraît peu fréquent si l'on en juge pour la rareté des faits publiés ; il y a là un contraste frappant avec la fréquence relative des accidents cérébraux suraigus, compliqués d'excitations maniaques, que nous avons signalés déjà au début de la fièvre typhoïde.

Quoi qu'il en soit, M. Barié a rencontré que deux observations bien nettes, l'une due à Baillarger, l'autre à M. Motet. Il y joint un cas personnel, à la lecture duquel on verra par quelles alternatives le diagnostic a pu passer avant d'être fixé définitivement. Presque toujours, en pareil cas, le médecin frappé de l'importance des troubles cérébraux, pense à une méningite aiguë ; à une méningite tuberculeuse, voire même à cette affection un peu complexe connue des aliénistes sous le nom de délire aigu essentiel.

Frappés des difficultés qui se présentent en pareil cas, les auteurs se sont efforcés de chercher des signes différentiels pouvant aider au diagnostic dans un travail déjà ancien intitulé : *Sur un signe propre à établir le diagnostic d'un accès d'aliénation mentale essentielle et du délire initial de la fièvre typhoïde*. Dumesnil avait cru que la présence de l'albumine dans

l'urine était un moyen excellent, mais celle-ci peut se rencontrer dans les deux cas.

Plus récemment, Marandon de Montyel reprenant cette discussion, attache une importance très grande au « crachotement avec horreur des liquides », qui serait presque pathognomonique du délire aigu.

En réalité, la difficulté est grande et en pareil cas, il serait sage de s'en rapporter au précepte énoncé, par Hanot et Bucquoy, dans un court et excellent mémoire consacré à l'étude des délires dans la fièvre typhoïde. « Tout individu, disent-ils, qui entre dans un délire sans fébriciter est un aliéné... tout délirant qui délire avec de la fièvre, a beaucoup de chance de ne pas être un aliéné ». Soit qu'il se déclare au début ou pendant la période d'état de la fièvre typhoïde, le délire de persécution présente les mêmes caractères classiques dans les deux cas ; je n'insisterai donc pas sur ce point, ce serait nous exposer à des redites inévitables.

Ce délire initial de la fièvre typhoïde est-il dû, ainsi que le croit Luy's, à la congestion cérébrale ou à l'action directe du poison typhique sur le système nerveux central comme le voudrait Krœpelin ? C'est là un point délicat que je ne veux pas aborder, car j'ai prétendu simplement esquisser un rapide tableau clinique du délire de persécution dans la fièvre typhoïde, d'après les faits suivants que nous allons résumer brièvement.

Les deux observations que nous relevons dans le travail de M. Barié rentrent dans la forme dépressive de la folie religieuse désignée encore sous le nom de démonomanie.

Toutes deux sont survenues chez des femmes dont l'une avait des antécédents nerveux héréditaires manifestes : fille et sœur d'aliénés.

Chez toutes deux la fièvre typhoïde évolue régulièrement ; toutefois dans un cas, nous rencontrons un accident que nous n'avons pas retrouvé dans les autres : l'hyperthermie temporaire qui a nécessité pendant quelques jours et à deux reprises différentes, l'emploi des bains froids. Cet accident redoutable ne paraît pas d'ailleurs, avoir influencé la marche des accidents délirants car la balnéation ayant abaissé un peu la température, les troubles cérébraux n'en persistent pas moins avec la même intensité qu'au début.

Ils ne cessèrent qu'à la période d'apyrexie. Cependant l'amélioration ne dura que momentanément, et la malade, devenue une aliénée véritable, dut être dirigée sur un asile. Le pronostic s'est donc montré beaucoup plus grave ici que dans les cas de délire de persécution où les malades ont tous guéri.

Les faits curieux que je viens d'essayer d'étudier ici, sont-ils propres exclusivement à la fièvre typhoïde ? Cela est peu probable, car on connaît déjà des cas de délire vésanique dans la pneumonie, dans l'érysipèle, dans le rhumatisme articulaire, le typhus pétéchial, l'impaludisme et le mal de Bright.

Il y aurait lieu de rechercher si ces maladies aiguës, à caractère infectieux ou microbien pour la plupart peuvent être compliquées, à l'exemple de la fièvre typhoïde, de troubles cérébraux étroitement systématisés, de délire partiel.

Nous n'avons pas jusqu'ici d'éléments suffisants pour résoudre la question.

Avant de terminer ce travail, je voudrais encore faire remarquer au point de vue pratique, combien la plupart des médicaments hypnotiques ont été impuissants en pareille circonstance.

A l'hôpital, les bromures et le chloral n'ont donné que de médiocres résultats. En ville chez la jeune fille dont j'ai parlé, j'ai essayé successivement, sans plus de succès, l'urétrane, la paraldéhyde et même, en désespoir de cause, cette substance empirique composée de bromure de chloral, de jusquiame et de chanvre indien désigné sous le nom de bromidia. Si j'avais connu le sulfonal à cette époque, je l'aurais certainement expérimenté.

Mais, le médicament qui a le mieux agi est encore l'opium dont il a fallu varier le mode d'administration à cause de la docilité des malades : tantôt en lavements, tantôt en pilules, le plus souvent en injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine. Dans tous les cas, j'ai donné l'opium intentionnellement à hautes doses : de 15 à 30 centigrammes d'extrait thébaïque, ou mieux de 3 à 6 centigrammes de chlorhydrate de morphine.

Ainsi s'est trouvé confirmé de nouveau que l'opium suivant la remarque de Lasèque est la meilleure médication contre le délire.

Le délire de la convalescence se meut plutôt dans la sphère de l'intelligence que dans celle des facultés affectives, des sentiments. L'hallucination y est rare, encore plus rare la systématisation inflexible. Le malade prononce de temps à autre des mots sans suite, émet des idées

sans continuation, puis revient à la réalité des choses, à la logique pour retourner plus ou moins tôt à la même démence superficielle autant que passagère. On dirait que le malade passe tout à coup de la veille à un sommeil où il rêve tout haut, et qu'à la moindre excitation, il reprend possession de lui-même. Un tel état indique plutôt le retour progressif à l'exercice intégral d'un organe dont le fonctionnement a été troublé plus ou moins profondément.

Mais ce délire de la convalescence ne revêt pas toujours cette forme typique et pour s'en convaincre, comme le disent MM. Bucquoy et Hanot dans leur mémoire, il suffit de parcourir ce qui a été écrit sur le délire de la convalescence de la fièvre typhoïde.

Pour Chomel et Forget, les troubles nerveux qui suivent la fièvre typhoïde sont fugaces et superficiels.

Louis a vu deux fois, alors que la fièvre avait beaucoup diminué ou même au commencement de la convalescence, le délire porter sur des objets fixes.

Weber a noté une véritable manie aiguë consécutive accompagnée d'hallucinations des sens avec prédominance d'idées de frayeur. Cheron, Max Simon signalent des troubles intellectuels simulant ceux de la paralysie générale progressive.

Le malade, dit Griesinger, n'a plus de fièvre, mais il conserve encore quelques traces de son délire fébrile, ou bien, en dehors de ce délire, il exprime sur tel ou tel sujet des idées tout à fait dépourvues de sens, complètement perverties, ou bien il a des hallucinations, son in-

telligence est faible, mais son caractère n'est pas profondément excité.

Dans cette forme de folie, dans ce délire fragmentaire le pronostic est généralement favorable; le délire disparaît presque toujours rapidement quand le malade reprend des forces, quand bien même, comme cela se voit quelquefois, il existe en même temps un peu d'agitation maniaque. Dans ces cas, il n'y a pas de folie, à proprement parler, c'est plutôt un retour lent des fonctions cérébrales à leur état normal; aussi ces malades n'entrent-ils pas dans des asiles.

Mais il y a aussi des cas plus graves de folie chronique; c'est généralement de mélancolie qu'il s'agit; la maladie mentale va en augmentant peu à peu; elle s'accompagne parfois de stupeur; ou bien les malades croient qu'on veut les empoisonner, ils refusent de manger. Enfin ces cas se transforment en manie ou démence profonde, les fonctions du cerveau ne peuvent plus se rétablir chez ces individus, peut-être en raison des troubles de nutrition dont cet organe est l'objet; le pronostic est défavorable.

Quant à ce qui est du délire des actes, on trouve dans une observation de Bartels, le cas d'un jeune homme qui devient kleptomane après une fièvre typhoïde.

Parmi tant de variantes, une qualité très intéressante du délire de la convalescence de la fièvre typhoïde, c'est qu'elle peut être et est assez souvent systématique.

On trouve un cas de délire hypocondriaque, un cas de lypémanie et un cas de délire mystique dans la thèse de M. Chéron. Fauvel, Max Simon, Leudet, Marcé, Christian ont signalé, de leur côté des cas de délire ambitieux.

A la fin d'une fièvre typhoïde grave, entre autres observations, une jeune fille prétendait qu'on venait de lui remettre une malle contenant un million destiné à la création d'un établissement de marchand de vin.

Une telle monomanie n'est bien souvent que passagère : les malades eux-mêmes avouent parfois ne pas comprendre pourquoi ils débitent ainsi des insanités.

Le délire ambitieux présente des différences caractérisées suivant qu'il survient durant une fièvre typhoïde, ou qu'il appartient à la paralysie générale. Raynaud les a ainsi énoncées :

Le délire ambitieux de la paralysie générale des aliénés est moins systématisé que celui que l'on observe au décours de la fièvre typhoïde ; les idées s'enchaînent moins logiquement les unes aux autres ; elles sont plus plus puériles, moins ridicules ;

Les paralytiques généraux croient bien posséder des millions, mais interrogez-les sur l'origine de leur prétendue fortune, ils répondent par des incohérences. Le malade atteint de fièvre typhoïde, au contraire, vous débitera une petite histoire vraisemblable jusqu'à un certain point ; son délire est plus systématisé, mais il est moins tenace que dans la paralysie générale.

CHAPITRE III

Pathogénie.

La pathogénie du délire dans la fièvre typhoïde est complexe et il faut absolument en distinguer deux grandes variétés :

1° Un délire primitif, lié à l'évolution même du bacille d'Eberth dans l'organisme, à une encéphalopathie typhique.

2° Un délire secondaire, symptomatique, d'une altération toxique ou organique cérébrale (alcoolisme antérieur, médicaments, insuffisance hépato-rénale, complications méningées ou encéphaliques).

Le premier seul nous intéresse. Son apparition peut être rattachée à l'action toute spéciale de la graine infectieuse, ou au terrain spécial sur lequel évolue la dothièmentérie.

Voyons d'abord le rôle du germe infectieux. La dothièmentérie, est une cause toute puissante de vésanies !

Il est un fait acquis c'est que selon les épidémies, les symptômes de la dothièmentérie diarrhées, météorisme, sudamina, congestion pulmonaire, etc. etc. se présentent avec des degrés très divers d'intensité, des modalités cliniques fort distinctes. A défaut d'explications irrécusables, les hypothèses les plus plausibles ne manquent pas pour rendre

compte de cette variabilité des symptômes suivant les épidémies : différences dans la quantité et la qualité de l'agent infectieux (virulence variable, association microbienne), dans la force de réaction de l'organisme variant avec les conditions climatiques. La plus grande fréquence du délire dans certaines épidémies, comme de tous les autres symptômes, est indiscutable, mais n'a pas encore reçu d'explication précise. (Epidémie de Lausanne, 1754).

Cette épidémie fut si générale qu'à peine un quart des familles resta indemne.

La fièvre se présenta à trois degrés de gravité, qui constituaient comme trois genres différents entre eux par l'intensité et la durée des accidents.

Les formes graves étaient surtout caractérisées par un délire tantôt presque frénétique, tantôt plus calme et surtout la léthargie, une loquacité presque incessante ou un état de torpeur dans lequel le malade méconnaît ses proches et a des évacuations involontaires.

Si le rôle de la graine n'est pas rendu évident, il n'en est plus de même de celui joué par le terrain dans l'éclosion des phénomènes délirants systématisés.

Le délire apparaît en effet chez deux catégories d'individus : la première renferme ceux qui par leurs antécédents héréditaires ou personnels rentrent dans la catégorie des nerveux, la seconde ceux qui ont été soumis à une intoxication à action cérébrale (alcool en particulier) ou au surmenage intellectuel.

La notion de l'hérédité neuro-pathologique domine aujourd'hui l'histoire des manifestations nerveuses. C'est elle qui commande en réalité la détermination du pro-

cessus infectieux ou toxique sur les couches corticales psychiques plus impressionnables, plus fragiles.

A côté de cette première cause capitale du délire dans la dothiéntérie (impressionnabilité excessive des couches corticales du cerveau), il faut signaler les autres causes prédisposantes à l'apparition du délire comme le sexe féminin, l'âge adulte, l'alcoolisme, l'insuffisance des émonctoires hépatique, rénal et cutané, bref les hétéro-intoxications et les auto-intoxications. Mais la cause immédiate, primitive du délire vrai est la sensibilité exagérée des couches les plus superficielles du manteau gris cérébral.

L'écorce grise est devenue héréditairement un lien de moindre résistance qui canalise le processus morbide ; le délire marque ainsi la première manifestation de la souffrance du système nerveux central. C'est d'ailleurs là une notion classique, admise aujourd'hui par tous. Ne devient pas aliéné qui veut. Maudsley dit au sujet de la folie : il est des individus qui présentent des particularités assez caractéristiques pour qu'on soit en droit de les appeler du nom de tempérament fou ». Ball ajoute que cette conception peut s'appliquer au délire, il y a un tempérament délirant. Cette vive susceptibilité particulière des centres nerveux fait que chez certains sujets, une simple indisposition, un mouvement fébrile à peine marqué sont accompagnés de délire. Le tempérament délirant puise surtout ses éléments chez les ascendants ; l'hérédité est le grand facteur de la prédisposition à tous les troubles nerveux.

Dans certains cas pourtant, l'hérédité apparaît moins

nettement. La fragilité nerveuse est acquise par le traumatisme, les émotions morales, les travaux intellectuels excessifs, le chagrin, l'alcoolisme surtout. L'individu, comme disait Lasègue hérite de lui-même dans ce cas.

Quant à la cause intime du délire, à la lésion cellulaire, substratum anatomique qui est la condition de son éclosion, elle nous échappe. En dehors de l'influence toxi-infectieuse, tout est vague ; y a-t-il anémie, congestion, paralysie vaso-motrice, hyperémie ou ischémie réflexe ou fonctionnelle ? La réponse à une telle question est impossible, en l'état actuel ; il y a imprégnation toxique des cellules nerveuses. Les sources des poisons pouvant agir en la circonstance sont multiples, provenant de l'aspect infectieux, causal, des microbes associés, soit de l'organisme ou du dehors. Il s'agit d'une encéphalopathie toxique analogue à celle des urémiques et des diabétiques.

CHAPITRE IV

Pronostic et traitement.

Le délire simple, vague, incohérent fait partie intégrante de la symptomatologie de la dothiéntérie : il n'a donc pas de gravité par lui-même : mais avant de le considérer comme dû uniquement à la présence du bacille d'Eberth dans l'organisme, il sera toujours nécessaire de rechercher les autres facteurs pathogéniques du délire, alcoolisme antérieur, lésions hépatique ou rénale, complications méningées, désordres organiques cérébraux.

Le délire systématisé est d'un pronostic plus sombre, il indique une intelligence qui chavire, qui verse dans l'aliénation. Dans l'immense majorité des cas, les fonctions intellectuelles récupèrent leur intégrité, mais trop souvent elles gardent une tare indélébile de l'atteinte subie.

La thérapeutique de ces diverses formes de délire n'a rien de spécial. Pendant le cours de la dothiéntérie, elles seront combattues par la méthode de Brand ou les narcotiques (hydrate de chloral, opium).

Les plus minutieuses précautions seront prises pour éviter toute tentative de suicide.

OBSERVATIONS

OBSERVATION (personnelle).

Dothiésentérie arrivée au cinquième jour. **Délire de persécution.**
Tentative de suicide. Mort.

Le nommé A. P..., employé de commerce, âgé de 30 ans entre le 18 juin 1898 salle Rayer, lit n° 25 à l'hôpital de la Pitié.

Antécédents héréditaires. — Ne donne aucun renseignement sur la santé de ses père et mère. Une de ses sœurs serait morte de bacillose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Bronchite grippale en 1878 qui dure quelques semaines. Depuis cette époque n'a jamais été malade. A reçu une très bonne instruction, s'est occupé pendant ces dernières années de sciences occultes, d'études de psychologie.

Maladie actuelle. — Le début a été marqué par des frissonnements, de la céphalée, des vertiges, une perte absolue de l'appétit, des nausées et même quelques vomissements, une apathie physique et intellectuelle très marquée. Ces différents symptômes se sont accusés pendant huit jours. Le 13 juin, ils ont obligé le malade à prendre le lit, Pendant les cinq jours qui ont précédé l'entrée de P... à l'hôpital, la céphalée, la perte des forces, une insomnie opiniâtre, quelques selles diarrhéiques, jaune d'ocre ont constitué avec la fièvre et la perte absolue de l'appétit, l'ensemble symptomatique de l'affection en évolution.

Le 18 juin. — P... se décide en présence de cette aggravation dans son état à demander son admission à l'hôpital.

Le soir à la contre-visite, il est aplati, somnolent, ne répond que très imparfaitement aux questions qu'on lui pose. La nuit

est agitée, P... délire, veut se lever, a des cauchemars effrayants.

Le 19 au matin, à la visite P... est agité, son oeil est vif, éclatant. Il veut fournir avant toute question, des explications sur la genèse de sa maladie, mais comme les mots lui manquent parfois, il s'excuse de son état d'abrutissement.

L'examen montre que la langue est rouge à la pointe et sur les bords, blanchâtre saburrale dans sa partie centrale. Le ventre est anormal, un peu météorisé. Il y a des gargouillements et de la douleur à la pression de la pression dans la fosse iliaque droite. Le malade a eu deux selles diarrhéiques jaune d'or.

La rate est volumineuse, a une matité verticale de 14 centimètre, une matité transversale de 20 centimètres. Le foie a des dimensions normales. La peau est sèche, brûlante, ne présente pas de taches rosées, aux deux bases pulmonaires on perçoit quelques râles ronflements et sibilants, pas de foyer d'hépatisation, pas d'épanchement pleural.

Les battements du cœur sont réguliers, bien frappés, ni froissement, ni soufflé. Le pouls est dur, bien frappé, 96. La température est de 40,2. Pendant cet examen le malade veut sans cesse fournir des explications à nos constatations; il attire à plusieurs reprises l'attention sur l'insomnie qui lui paraît atroce, sur son hébété et la difficulté qu'il éprouve à concevoir une lésé. Le séro-diagnostic est positif. Urines légèrement albumineuses.

On lui donne à 11 heures un premier bain à 25°. Il est bien supporté. A deux heures et à cinq heures bain à 25°.

Pendant la matinée et tout l'après-midi P... ne cesse de parler, de s'agiter. Il se figure que ses voisins veulent l'empoisonner et que les étudiants qui l'ont examiné le matin vont revenir

pour lui couper des morceaux de peau, de cœur, de foie pour les étudier. Cette idée devient chez lui fixe et l'obsède, comme il nous l'a exprimé le lendemain. Aussi à 8 heures et demie, il se décide à mourir pour échapper à cette torture : il se lève tout à coup se précipite vers une première porte vitrée dont il brise avec la tête toutes les vitres.

Des multiples plaies faites par les éclats de verres s'écoule une grande quantité de sang. L'agitation et le délire ne diminuent pas d'intensité. P... court vers une autre cloison vitrée, passe le cou dans un carreau et pour être certain de mourir se hache le cou contre les morceaux de verre implantés dans le châssis. Cette horrible scène n'ayant pas duré plus de deux minutes. L'infirmier impuissant n'avait pu maîtriser le malade. P..., la gorge ouverte, le larynx à nu, les mains, les bras, le cuir chevelu taillés de multiples incisions, tombe épuisé perdant à flots son sang.

L'excitation tombe tout à coup et on peut essayer de panser ses larges plaies.

La température descend à 38°,5, le pouls s'accélère (120).

Le 20. — A la visite, P... d'une pâleur cadavérique, exangue, explique très bien qu'il a voulu se tuer pour échapper à des bourreaux imaginaires. Il a repris possession de lui-même et demande qu'on ne se moque pas de lui.

Le pouls est devenu presque incomptable (160), filiforme, régulier pourtant. Le thermomètre marque 40°,3. Comme les plaies rendent impraticable l'administration des bains, on fait des lotions froides et on donne pour le soir un lavement de chloral (2 gr.).

P... dans l'après-midi est somnolent abattu, dans la soirée la prostration s'accuse et la mort arrive à 10 heures du soir.

Autopsie. — Plaie du cou qui met à nu les vaisseaux carotidiens gauches. L'os hyoïde le cartilage thyroïde sont fracturés.

Plaies profondes des doigts, de la paume des mains des avant-bras et du cuir chevelu.

Cavité crânienne. — La pie-mère a ses vaisseaux congestionnés. Masse encéphalo-médullaire normale sauf un léger piqueté hémorragique. Pas d'hydropisie ventriculaire. Pas de suppuration ou d'adhérences des méninges.

Cavité thoracique. — Congestion intense des deux bases pulmonaires, sans hépatisation.

Un morceau de poumon mis dans l'eau surnage.

Péricarde normal. — Cœur gros, mou sans lésion valvulaire.

Foie. — (1550 grammes) légèrement graisseux, teinte chamois

Rate. — (480 gr.), très volumineuse, ferme, violacée.

Reins. — (200 et 195 gr.) congestionnés.

Intestin. — Ganglions mésentériques volumineux mous. Dans la partie terminale de l'iléon, larges plaques de Peyer, tuméfiées, rouges vasculaires à surface lisse régulière. Aucune n'est en voie de sphacèle, d'élimination.

Le colon, dont la muqueuse est normale renferme un liquide diarrhéique abondant, ocreux.

Le péritoine ne contient aucun exsudat. Les autres viscères, pancréas, testicules, vessie ne présentent aucune lésion organique appréciable. Bacille d'Eberth dans la rate, le foie, les reins, le cerveau.

OBSERVATION II (Baillarger, 1843).

D..., âgée de vingt-trois ans, demoiselle de magasin, entrée le 31 janvier 1841 dans le service de M. Mitivié.

La malade habitait Paris depuis trois ans; elle y est venue

après la mort d'un jeune homme qu'elle aimait, espérant trouver dans les occupations d'une maison de commerce une diversion à son chagrin. Mal réglée habituellement ; caractère triste pas d'aliénés dans la famille.

En octobre, suppression des règles. Début de la maladie le 18 janvier 1841 : céphalalgie frontale, stupeur, parole lente, insomnie, etc... Le quatrième jour, délire convulsions après application de sangsues. Deux médecins la déclarent aliénée et hystérique, et engagent la famille à la placer dans une maison de santé. La malade est triste, abattue, elle dit qu'elle va mourir, elle s'accuse d'avoir volé et d'avoir déshonoré sa famille. Insomnie, agitation. Entrée à la maison de santé de M. Dubois le 28 janvier elle est dirigée sur la salpêtrière comme aliénée.

Dans cet hospice, elle a de la mélancolie sans paralysie du mouvement et du sentiment. Insomnie, tristesse, hallucinations de l'odorat. Très agitée : la camisole est nécessaire ; elle entend prescrire des médicaments et dit que ses parents déshonorés ne pourront pas les payer. Elle n'a pas de bouche, pas de langue, etc...

Pommettes rouges, langue sèche, lèvres fuligineuses, fièvre intense, peau chaude. Pouls 120. Sangsues derrière les oreilles, glace sur la tête, etc...

4 février. — Insomnie, grande agitation. Le délire est le même. Escarre au mollet. Douleur au ventre par la pression. Mort.

L'autopsie pratiquée le 8 février a montré seulement un peu de congestion de la première avec consistance normale du cerveau ; aucune lésion de la substance cérébrale. Mais dans l'intestin grêle et surtout en se rapprochant du cœcum, on trouve un grand nombre d'ulcérations typhoïdes.

OBSERVATION III (Herbet, 1854).

B... (Maxime), valet de Chambre, âgé de dix-neuf ans, entra le 25 mars 1853, à l'hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 38, atteint d'une fièvre typhoïde, dont il avait éprouvé les premiers symptômes dans la journée du 20.

Les symptômes que présenta ce malade n'offrirent rien de remarquable et furent d'une médiocre intensité. Depuis son entrée à l'hôpital jusqu'au 5 avril, la fièvre fut assez vive, le pouls variant de 90 à 116 ; la langue, encroûtée, dure, sèche, était comme les lèvres et les dents, couverte de fuliginosités noirâtres ; les selles étaient assez nombreuses.

Le ventre, douloureux à la pression, présenta pendant quelques jours du météorisme, la peau de l'abdomen était couverte de taches roses, lenticulaires et de sudamina nombreux. Du côté de la poitrine, on observa d'abord des râles sibilants ; plus tard, du râle sous-crépitant à la base des deux poumons ; la toux fut fréquente, surtout la nuit. Chaque nuit, le malade eut du délire, il se leva plusieurs fois ; dans la journée les troubles intellectuels étaient peu marqués, il répondait bien aux questions qu'on lui adressait. A partir du 5 avril, il y eut une amélioration notable, un amendement de tous les symptômes, le délire avait complètement disparu ; et, le 14 avril il mangeait avec appétit une portion, et pouvait être considéré comme convalescent.

Le 21 avril. — Le pouls étant à 64 pulsations, sans chaleur à la peau, la langue sèche et humide ; il avait encore un peu de diarrhée (trois selles dans les vingt-quatre heures), mais le ventre était souple et insensible ; les taches avaient disparu,

l'intelligence était parfaite, quand il lui survint une idée fixe, dont il entretenait à chaque instant les personnes qui l'entouraient.

Il racontait que huit jours avant son entrée à l'hôpital, un cheval l'ait mordu et lui avait coupé le nez; le bout étant tombé il l'avait ramassé et porté à un médecin, qui le lui avait remis en place; il décrivait la manière dont on avait opéré, et ajoutait qu'un ami obligeant lui avait, pendant un jour et une nuit tenu le bout en place en attendant la consolidation. Quand on lui objectait qu'une plaie de cette nature aurait laissé des cicatrices, il disait eu avoir affaire à un médecin fort habile, et demandait avec instance qu'on publiât son observation dans les journaux;

Cette idée fixe persista jusqu'au 30 avril; le 27, une seconde illusion se joignit à la première; il soutint qu'on lui avait mis de la morphine dans sa soupe.

Pendant tout ce temps du 24 au 30 avril, le pouls resta entre 65 et 70 pulsations: le malade alla toujours de mieux en mieux et, à part le fait que nous venons de signaler, il jouissait d'une parfaite intelligence. Le 29 avril, il croyait encore à son histoire, et sa monomanie ne cessa que le 30. Le 5 mai, il sortit guéri.

OBSERVATION IV (Herbet).

B... (Marie), âgée de 20 ans, blanchisseuse, salle Saint-Roch, n° 10; entrée à l'Hôtel-Dieu le 18 mai 1853.

Cette femme, malade depuis le 9 mai, offrait, à son entrée à l'hôpital, tous les signes d'une affection typhoïde bien caractérisée; elle disait avoir eu du délire depuis plusieurs jours;

mais ce symptôme ne reparut plus ; sa physionomie était naturelle, l'intelligence bonne ; le pouls seulement était fréquent et variait de 180 à 116 pulsations ; la peau était chaude et sèche, la langue sèche et lisse, les taches et les sudanima larges et abondants ; diarrhée peu intense ; une selle liquide par jour.

L'état de la malade était encore à peu près tel le 2 juin, c'est-à-dire au vingt-quatrième jour de la maladie, quand elle se figura que son père et sa mère, à la nouvelle de sa maladie, étaient venus à Paris pour la voir, et qu'ils étaient morts en route.

Bien que convaincue de ce qu'elle disait, elle n'en paraissait pas vivement affectée : sa physionomie restait naturelle ; sa raison était d'ailleurs parfaite ; en dehors de ce fait, elle causait et riait volontiers. Ce ne fut que deux jours après qu'elle cessa de croire à la mort de ses parents, en recevant, par des personnes qui l'étaient venues voir, des nouvelles de sa famille ; bien que le pouls conservât encore de la fréquence, son état était bon ; le 5 juin elle fut mise à une portion, et le 20, elle quitta l'hôpital en état de reprendre son travail.

OBSERVATION V (Herbet).

M... (Félix), âgé de vingt ans, gainier, salle Sainte-Jeanne, n° 60, entré à l'Hôtel-Dieu, le 5 juin 1853.

Ce malade avait commencé à éprouver, le 28 mai, les symptômes de la maladie pour laquelle il vint à l'hôpital, et qui étaient ceux d'une fièvre typhoïde assez grave.

Dans la nuit du 5 au 6 juin, il eut du délire avec une agitation marquée ; le lendemain matin : pouls redoublé à 86 pulsations ;

céphalalgie très forte, bourdonnements d'oreilles ; ouïe dure, vue troublée, stupeur, langue rouge sur les bords, vilieuse et jaunâtre ; ventre météorisé, sensible, de dix à douze selles dans les 24 heures ; taches peu nombreuses, odeur typhique assez prononcée. Le malade présente, jusqu'au 24 juin, des alternatives de somnolence et d'agitation avec délire, et les symptômes conservèrent leur caractère de gravité.

Le pouls à dater de ce jour, devint moins fréquent, et tomba de 90-94 à 72-76 pulsations. La physionomie était meilleure, la langue commençait à se nettoyer, le délire avait cessé, le malade commençait à s'occuper de ce qui se passait autour de lui.

Mais, le 24 juin, il lui survint des idées de largesse qui persistèrent fort longtemps. Chaque jour, il croyait donner des sommes considérables aux personnes qui l'entouraient ; tantôt c'était à un infirmier qu'il donnait des louis ; tantôt à la mère de la salle, à laquelle il donnait des billets de banque, pour la remercier des soins qu'il en recevait.

Il conserva ses idées de générosité jusqu'au premier juillet, sans autre interruption que du 20 au 21, jour où il suspendit ses dons. Néanmoins son état s'améliorait de jour en jour ; le pouls descendit jusqu'à 55 pulsations. Des eschares, qu'il avait sur différents points du corps, le forcèrent seules à rester jusqu'au 18 juillet, jour où il sortit parfaitement rétabli.

OBSERVATION VI (Herbel).

F... (Fulcran), âgé de 32 ans, cordonnier, salle sainte Jeanne, n° 62, entré le 10 février 1853, à l'Hôtel-Dieu.

Malade depuis trois semaines ou un mois il avait éprouvé de la céphalalgie, de la diarrhée, et gardait le lit depuis quinze

jours. Appétit complètement perdu, faiblesse extrême ; il disait avoir eu du délire depuis plusieurs jours. Lors de son entrée, le pouls était à 84 pulsations, sans chaleur à la peau ; langue blanche et humide, ventre douloureux un peu météorisé ; quatre ou cinq selles dans la journée ; tous assez fréquente, bien que la respiration fut vésiculaire et pure ; intelligence bonne ; taches roses lenticulaires. dont le nombre augmente beaucoup les jours suivants.

Alors la langue devint sèche, les dents encroutées ; les lèvres se couvrirent de fuliginosités, le météorisme augmenta ; le nombre de selles restant le même, le pouls conserva à peu près la même fréquence.

Il était dans cet état lorsque, le 25 février au soir, il raconta qu'il était, dans la journée, accouché d'un enfant, et, prenant une alèze, il la roulait et la berçait comme un enfant au maillet. Cette idée persista le 26, mais le 27, il nia avoir rien dit de pareil et prétendit s'être seulement plaint d'avoir des vents. Son état jusque là était resté le même.

Le 28. — La langue devint plus dure et plus sèche, le ventre plus météorisé ; le pouls, qui du 25 au 28, était de 76-80 pulsations, s'éleva à 106 ; tous les symptômes s'aggravèrent. Enfin le 2 mars, après la visite du matin, son intelligence se troubla ; il eut du délire violent ; ses traits s'altérèrent en peu d'instant ; le pouls devint imperceptible ; strabisme divergent des deux yeux ; aspect cadavéreux ; respiration anxieuse, météorisme énorme ; ni selles, ni vomissements ; coma ; mort à 5 heures du soir.

La famille s'y étant opposée, l'autopsie n'a pu être faite.

OBSERVATION VII (Herbet)

C... (François), âgé de 42 ans, salle Sainte Jeanne, n° 33, entré à l'Hôtel-Dieu le 24 décembre 1852, atteint d'une fièvre typhoïde dont le début remontait au 18 décembre.

Jusqu'au 5 janvier. — La maladie suivit sa marche ordinaire et ne fut remarquable que par l'intensité des troubles des sens.

Le malade était sourd et se plaignait de voir double. Bien que les symptômes cérébraux et abdominaux fussent d'une médiocre intensité, les évacuations étaient involontaires, mais quand on en parlait au malade, il s'en défendait avec énergie.

A partir du 5 janvier 1853, tout en ayant l'air de très bonne foi, il prétendit que son jeune frère venait le voir et cherchait à lui jouer de mauvais tours, soit en urinant dans son lit soit en y mettant du beurre. Sur l'observation qu'on lui fit que le beurre n'a jamais senti l'odeur des fèces, il répondit que ce qu'il avait dans son lit n'avait aucune odeur.

Le 13 janvier. — Avec les évacuations alvines persistait sa manière de les expliquer. Ce jour-là, il raconta de plus que son frère, était venu lui prendre son vin, il l'avait fait mettre en prison, puis, changeant d'idée, il dit qu'il devait sortir le lendemain pour aller chasser chez Napoléon avec M. Louis le grand médecin.

Ces désordres intellectuels durèrent jusqu'au 17. Pendant ces douze jours, son état général fut excellent; le pouls variait de 65 à 70, la peau était fraîche, la langue blanche et humide, la physionomie naturelle; l'ouïe était dure; il éprouvait encore de temps à autre de la diplopie. Jusqu'à ce jour, il prenait des

potages et des soupes. Le 19, il eut deux portions, et le 29 il sortit guéri sans conserver aucune trace du désordre intellectuel qui avait marqué sa convalescence.

OBSERVATION VIII (Herbet).

G... (François), âgé de 24 ans, journalier, salle Sainte-Jeanne, n° 57, entré à l'Hotel-Dieu le 13 février 1853.

Nous ne dirons rien sur la marche de la maladie, sinon qu'elle présenta les symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde et qu'elle fut sans gravité ; il n'y eut pas de délire marqué, mais seulement un peu de stupeur et d'hébétude.

Le 1^{er} mars. — Le malade entrait en convalescence et mangeait depuis plusieurs jours des potages et des soupes, quand il souleva à la mère de la salle que, pendant sa maladie, elle lui avait promis une place de Vacher. Chaque jour il revenait sur cette idée, et le 18 mars, sortant de l'hôpital bien rétabli, il réclama encore à la mère une lettre de recommandation pour obtenir cette place. En même temps, du reste, il annonçait son intention de rester à Paris et de reprendre son travail, qui n'avait pas le moindre rapport avec l'idée qui le poursuivait et à laquelle il tenait moins que dans les premiers jours de sa convalescence.

OBSERVATION IX (Herbet).

R. . (Louis), âgé de dix-huit ans, cordonnier, salle Sainte-Jeanne, n° 41, entré à l'Hôtel-Dieu le 15 décembre 1852.

Je ne possède l'observation de ce malade qu'à dater du 1^{er} janvier 1853.

Cemalade étant convalescent d'une fièvre typhoïde qui n'avait eu d'après M. Louis qu'une médiocre intensité et dont le début remontait au 10 décembre.

Le 1^{er} janvier. — Le malade avait déjà, depuis deux jours, une idée fixe qui ne le préoccupait pas constamment, mais qui ne revenait que lorsqu'on le mettait sûr ce sujet. Il croyait que, pendant sa maladie, on lui avait ouvert le crâne pour en retirer du tabac ; et si on lui demandait pourquoi on lui avait fait une pareille opération, il disait que c'était pour le corriger de l'habitude de fumer qu'il avait contractée depuis longtemps et pour laquelle il dépensait chaque jour vingt centimes de tabac. Il paraissait, du reste, fort intelligent, et raisonnait très bien en dehors de son idée fixe. Les forces revenaient, et il marchait rapidement vers la guérison. Ce ne fut que le 10 janvier, lorsqu'il mangeait déjà deux portions, que sa confiance s'affaiblit un peu. Le lendemain, son frère étant venu le voir, lui dit que c'était la fièvre qui lui avait cette idée bizarre. Il rapporta les paroles de son frère, ajoutant que celui-ci pourrait peut-être bien avoir raison.

Le 19. — Il ne croyait plus à ce qu'il avait dit, et il mangeait quatre portions. Il sortit le 23 janvier en état de reprendre son travail.

OBSERVATION X (Motet).

Un homme de lettres âgé de trente et un ans est pris subitement au milieu de la santé de tristesse, mélancolie sans raison, et d'un besoin incessant de déplacement. Bientôt il devint injuste et méfiant envers les siens : il se croit en butte à des machinations ; on veut le tuer, tout le monde le trompe, on répand des émanations fétides dans son appartement qu'il veut

quitter parce qu'il y étoufferait dit-il. Il repousse tous les aliments qu'on lui présente, parce qu'ils sont malpropres ou trop salés. La fièvre éclate bientôt avec une grande intensité, et le malade, dans une nuit d'insomnie et en proie à des hallucinations, sort de son appartement, une épée à la main et s'en va demander protection au poste voisin.

Le malade qu'on croit être un aliéné est transporté dans un asile privé et là, on constate au bout de quelques jours l'apparition de taches rosées, d'ailleurs très rares sur l'abdomen. Dans la suite, le malade présenta tous les signes d'une dothiéntérie grave avec symptômes adynamiques, à la suite de laquelle il succomba.

OBSERVATION XI (Raynaud, 8 décembre 1876).

Hôpital Lariboisière.

Vous vous rappelez tous la nommée W..., qui était couchée au n° 48 de la salle Sainte-Mathilde. Entrée le 24 Octobre, cette malade présenta dès le lendemain de son entrée un délire systématisé qui offrit ceci de très remarquable que, contrairement à ce qui se passe dans la moyenne partie des cas de fièvre typhoïde, les moyens d'expression s'ajoutaient chez elle à la production des idées délirantes. Joignez à cela que la température, jusqu'à la veille de sa mort, oscilla autour de 38°, et vous comprendrez comment, devant un début aussi anormal, le diagnostic de fièvre typhoïde, malheureusement vérifié à l'autopsie, n'ait pu être porté que d'une façon probable.

Voici d'ailleurs en quelques mots son histoire au point de vue du délire. Le premier jour elle nous dit avoir été accusée dans le quartier qu'elle habite d'être enceinte. et cela des œu-

vres d'un homme marié ; elle repousse du reste avec énergie cette imputation, qu'elle traite de calomnie. Mais le lendemain à force d'être obsédée par cette idée, elle reconnaît que les accusations dirigées contre elle sont vraies. Elle tombe alors dans un état de dépression morale extrême ; elle avoue qu'elle est une grande misérable, une infâme ; elle est perdue, indigne de vivre et rougit d'être soignée dans un hôpital trop beau pour elle. Puis, la nuit, elle a des hallucinations ; elle voit, elle entend des êtres imaginaires qui lui reprochent son crime, et se débat contre eux ; enfin, les désordres intellectuels s'accroissant de plus en plus, elle crie, elle vocifère, et nous perdons la trace de ce qui se passe en elle.

Nous avons vu dans ce cas se dérouler la trame du délire systématisé. Nous avons pu suivre, dès le point de départ, la raison raisonnante, comme disent les philosophes, qui d'une idée fausse a tiré logiquement tout un roman. Mais dans certains cas le point de départ, les péripéties nous font absolument défaut, nous n'assistons qu'à la conclusion et ce sont précisément ces cas qui peuvent devenir la source d'erreurs de diagnostic.

OBSERVATION XII (Raynaud).

Lors de mon internat, je me rappelle qu'il se passa à l'Hôtel-Dieu un fait de ce genre.

Un homme alla trouver le commissaire de police de son quartier, lui racontant fort tranquillement qu'il avait tué sa femme et venait se constituer prisonnier. Le commissaire l'arrêta, ouvrit une enquête et reconnut aussitôt que la femme était parfaitement vivante. Croyant avoir affaire à un fou, il fit transpor-

ter notre homme à l'hôpital, où il passa par toutes les périodes d'une fièvre typhoïde. Il y a nombre de faits de ce genre dans la science, et M. Baillarger a été entre autres (*Annales médico-psychologiques* 1841) l'histoire d'une jeune fille de vingt-trois ans qui présentait un délire mélancolique et dépressif, parfaitement systématisé avec hallucinations diverses des sens. Elle refusait absolument de s'alimenter, prétendant n'avoir ni bouche ni estomac, comme font parfois les mélancoliques, et fut pour cette raison admise à la Salpêtrière. On assista chez elle à l'évolution d'une fièvre typhoïde qui se termina par la mort et l'autopsie confirma le diagnostic d'une façon irréfutable. M. Lacanal, de son côté a rapporté des faits semblables.

Voilà pour le délire que l'on observe dans la période initiale de la fièvre typhoïde.

Dans la période d'état, nous n'aurons jamais affaire à ces délires systématisés : il n'y a donc pas lieu d'insister. Mais dans la convalescence se présente souvent une forme nouvelle qu'il importe de comparer au délire du début, comme le délire initial, celui de la convalescence se fait remarquer par un enchaînement complètement logique avec un point de départ faux. Mais il convient d'établir ici une différence capitale.

Le délire du début porte en général, on pourrait dire constamment, sur une idée triste, persécution, déshonneur, etc. Il entretient des hallucinations tristes : un incendie, des voleurs, des figures grimaçantes, des monstres, voilà les objets que le malade nous dépeint.

Le délire de la convalescence, au contraire, procède d'une idée suivie toujours gaie, ce serait exagéré, du moins indifférente ; les idées dépressives font absolument défaut. J'aime mieux vous citer quelques exemples :

OBSERVATION XIII (Raynaud, 1876).

Les personnes qui suivent mon service se rappellent peut-être ce malade nommé B... qui était couché l'an dernier au n° 3 de la salle Saint-Landry. Dans le cours d'une fièvre typhoïde très grave. Son excitation avait nécessité l'emploi de la camisole de force. Après cela, il se calma, et au début de la convalescence présentait une sorte de bavardage tranquille incohérent.

Un beau jour, le 4 août 1875, son intelligence paraît réservée et il nous raconte une histoire étrange. Il nous raconte qu'il va se bâtir une maison à trois étages: il nous en fait le plan décrit la salle à manger, le billard, les écuries; celles-ci, par une singulière anomalie, sont au deuxième étage. A part cette légère incohérence, le reste était fort sensé. De goûts modestes, il ne voulait qu'une petite voiture, attelée d'un cheval blanc. Il nous parle de l'architecte des maçons qui ne travaillent pas assez vite à son gré, etc. On lui demande où il prendra de l'argent, et il répond qu'il a 175.000 francs; on les lui a donnés pour avoir repêché un enfant qui se noyait sous la glace.

Vérification faite, il se trouva que le pauvre diable avait, en effet, reçu quelque argent pour avoir dans le temps sauvé un enfant qui se noyait. Au bout de 13 jours, le 17 août, le délire avait disparu, et à l'inspection de la courbe thermométrique vous voyez que cette date coïncide avec la convalescence franche. Les faits de cette nature abondent.

OBSERVATION XIV (Trousseau, *Cliniq. Méd.* T. I, p. 356).

Un jeune homme arrivé au vingt-neuvième ou trentième

jour d'une fièvre putride, dans le cours de laquelle, vers la fin du second septénaire, était survenue une hémorrhagie intestinale abondante, entrant en convalescence, lorsque tout à coup il fut pris d'un délire plus continu et plus violent qu'il ne l'avait jamais été au plus fort de sa maladie.

Cependant, tous les autres accidents étaient depuis longtemps calmés; à la diarrhée avaient succédé des garde-robes régulières, le catarrhe pulmonaire n'existait plus; la fièvre était nulle, le pouls battant seulement 64, et la peau conservant une chaleur naturelle.

OBSERVATION XIV (Barié).

Marie T..., couturière, âgée de 24 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le Dr Peter, salle Sainte-Adélaïde, n° 23, le 20 octobre 1876. La malade, pâle et très abattue, a l'air profondément triste, son regard est égaré. Aux premières questions que nous lui posons, elle nous dit qu'elle va mourir, que son âme est damnée et que les démons vont venir la chercher; d'ailleurs elle est résignée à son sort, elle mérite un châtement, car elle a empoisonné son enfant. (Cet enfant, âgé de 2 ans, est vivant et en parfaite santé). Il est très difficile de la distance de pareilles idées, et ce n'est que par une grande insistance que nous pouvons savoir que, résidant à Paris depuis huit mois, elle est malade depuis dix jours, qu'elle souffre de céphalalgie frontale, avec étourdissements et bourdonnements d'oreilles, qu'elle a perdu l'appétit et qu'elle a la diarrhée. Ajoutons, que le ventre est un peu ballonné, douloureux dans la fosse iliaque droite, qu'il présente des taches rosées lenticulaires au niveau des attaches diaphragmatiques, que la langue est sèche et trem-

blotante, enfin que la malade a eu une légère épistaxis. Rien au cœur ni aux poumons.

La peau est sèche et brûlante. Pouls 105. Temp. axille 39°.

Diagnostic. — Fièvre typhoïde.

Traitement. — Eau de Sedlitz; sulfate de quinine; potion de Tood; limonade vineuse, lavements, etc.

Le lendemain, la malade est très agitée, elle croit que son corps est tombé en pourriture et se plaint de l'odeur qu'elle exhale, elle veut qu'on la laisse mourir pour expier son crime. Le soir, vers six heures, entendant les cris d'une hystéro-épileptique dans une salle voisine, elle les prend pour des appels les démons, et, voulant partir avec eux, elle quitte brusquement son lit et se dirige vers la porte de la salle; c'est avec une certaine peine qu'on peut la faire recoucher. Pouls 120. Temp. axill. 39°6.

Plusieurs fois, dans le courant de la nuit, malgré la surveillance dont elle est l'objet, elle parvient à quitter son lit, et sort pour se rendre aux appels des démons. D'ailleurs elle ne fait pas de résistance violente; elle se lamente et se plaint seulement qu'on ne veuille pas la laisser mourir.

Le 23 octobre. — La malade plus calme à la visite du matin, reprend son agitation à la tombée de la nuit; elle parle toujours des diables qui l'appellent, de son enfant empoisonné; de plus, elle prétend que tout ce qui l'entoure a une odeur de soufre. Temp. 38°8. Pouls 100. Continuation du traitement.

24 octobre. — La malade est calme et très abattue. Elle est silencieuse et paraît en proie aux idées les plus sombres; si on lui adresse la parole, elle se plaint de vives douleurs à la nuque. Vers neuf heures et demie elle a quelques mouvements convulsifs de la face, avec un peu d'écume à la bouche.

Ventouses scarifiées à la nuque. Temp. 38°6. Pouls 120:

25 octobre. — L'agitation est revenue. Bromure de potassium, 4 grammes.

31 octobre. — Pendant ces six jours, l'état de la malade ne s'est pas modifié; elle a toujours les mêmes préoccupations; l'empoisonnement de son enfant et le châtement qu'elle a mérité. Pendant un jour même elle avait refusé de prendre toute nourriture, Temp. 38°6.

1^{er} novembre. — Ce matin, pour la première fois, la malade est très calme; elle parle raisonnablement, et nous dit elle-même qu'elle a eu le cauchemar. Temp. 37°8.

Le soir cependant elle est inquiète, mais cette fois elle ne veut plus suivre le diable dont elle entend encore les cris, et, pour conjurer ses appels, elle s'entoure les bras d'un chapelet qu'elle a gardé ainsi pendant plusieurs jours.

3 novembre. — Le calme est tout à fait revenu; la malade prend des aliments depuis deux jours; temp. 37°4. Elle se lève deux heures dans la journée.

4 novembre. — L'amélioration continue, la malade cause raisonnablement, il lui semble sortir d'un rêve; causant avec elle de sa famille, nous apprenons que jamais il n'y a eu d'aliénés parmi ses proches. Elle nous parle aussi de son enfant, qu'elle aime beaucoup, et qu'elle a laissé aux soins d'une parente. La malade paraît avoir un caractère très doux, presque timide; elle conserve en parlant un air de mélancolie profonde.

13 novembre. — La malade complètement guérie, et ayant repris peu à peu ses forces, part pour le Vésinet; elle nous remercie des soins que nous lui avons donnés et s'excuse du bruit qu'elle a fait quand elle avait « des visions ».

OBSERVATION XV (Barié).

Victoire M..., 42 ans, entre le 15 août à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. le Dr Peter, salle Saint-Adelaïde, n° 14.

La malade entre à l'hôpital avec tous les signes d'une dothiéntérie, qu'elle a contractée sans doute en soignant sa bru, morte récemment de fièvre typhoïde, céphalalgie, langue sèche et tremblante, vertiges, perte d'appétit, ventre non ballonné, mais douloureux à la pression, taches rosées lenticulaires, diarrhée, insomnie, etc. Temp. 39°. Pouls 110.

Traitement. — Eau de Seilitz. Limonade vineuse.

Sulfate de quinine. — Potion de Todd.

Bouillons.

Durant les quatre premiers jours, la malade ne présente rien de particulier, la maladie suit son cours, la fièvre est modérée ; en moyenne, la température ne dépasse pas 38°6.

20 août. — La malade devient indocile ; elle est agitée et mâchonne sans cesse entre ses dents. Temp. 38°8, le soir.

22 août. — Grande indocilité ; la malade a le regard haineux ; elle croit que tout le monde complot contre elle, la fille de salle et ses voisines se font des signes mystérieux dans le bul de la persécuter ; aussi quand on s'approche de son lit, la malade tourne brusquement le dos, et se serre dans ses draps. Pouls dicrôte 115 le soir.

Durant quelques jours cet état ne fait que s'accroître, une nuit, elle se lève de son lit et tente d'étrangler sa voisine pendant son sommeil ; c'est avec peine qu'on peut la faire regagner son lit :

La dothiéntérie suit son cours, la fièvre est modérée, le

pouls toujours fréquent, 110-120. On ne peut pas prendre la température, car la malade ayant horreur du thermomètre qu'elle prend pour un instrument tranchant, résiste avec énergie dès qu'on veut le placer dans l'aisselle.

27 août. — Les idées de persécution durent encore ; à la visite du matin, la malade nous dit que ses voisines lui ont coupé la tête, et elle la cherche partout dans son lit.

29 août. — Amélioration ; la fièvre est tombée. Temp. 37°8.

4 septembre. — Depuis quelques jours, la malade, apyrétique, est très calme, elle est d'un mutisme complet ; pâle et très affaiblie ; langue rougeâtre. Elle refuse de prendre des bouillons. Plus d'excitation ; elle est dans une grande prostration et ne reconnaît pas ceux qui l'entourent. Pouls 86. Temp. 36°.

7 septembre. — La malade est alimentée ; bouillon, potages, un peu de viande. Vin de Bordeaux.

12 septembre. — La malade mange avec appétit ; elle se lève depuis deux jours. La raison est revenue entièrement et le 15 septembre, la malade encore un peu pâle, part à la campagne.

OBSERVATION XVI (Barié).

Un homme de vingt-neuf ans, ouvrier dans une usine métallurgique de la banlieue de Paris, entre à l'hôpital Broussais en octobre 1886 pour une fièvre typhoïde au sixième jour environ. Dès le soir même de son admission, il se fait remarquer par son humeur sombre et taciturne. Quand on l'interroge, il répond à voix basse en se tournant de tous côtés, comme s'il craignait d'être entendu de quelqu'un.

Il refuse le bouillon et le lait qu'on lui offre et préfère se laisser mourir plutôt que d'aller en prison.

Des renseignements fournis par sa mère nous apprennent que cet homme a toujours été un bon travailleur, économe, non alcoolique, mais qu'il avait le caractère jaloux, un peu sournois ; son humeur était généralement morose ; de plus, il était extrêmement susceptible. Il y a une dizaine de jours, chargé de l'inventaire de certaines pièces de fer, il se serait acquitté de sa tâche avec son exactitude habituelle. Cependant à plusieurs reprises, dans la journée, et même après la fermeture de l'atelier, il serait revenu pour vérifier de nouveau son compte, persuadé qu'on avait bouleversé son travail pour le faire renvoyer par son patron. Il accuse même très nettement le contre-maitre d'être entré pendant la nuit dans son atelier pour mettre le désordre dans son travail. Dès le lendemain cependant, il dut s'aliter, car il se sentait du mal de tête, de la fièvre, et avait eu deux épistaxis. Le mal empirant, on le transporta à l'hôpital après avoir passé par le Bureau central.

La fièvre typhoïde est de moyenne intensité, pas de diarrhée, mais bronchite assez intense : La température est de 38° à 39°,5 le soir, le pouls de 92 à 120. Le délire est permanent, mais dès que la nuit arrive, il prend une acuité plus marquée. Il répète sans cesse, dès qu'on le questionne, qu'il voudrait mourir parce que son contre-maitre l'a dénoncé à la police et qu'on va l'arrêter pour vol. A d'autres moments, il compte tout haut, dit qu'il lui manque des pièces et des outils, et accuse ses camarades et toujours son contre-maitre, de les avoir cachés ou emportés pour le faire passer pour un voleur.

Parfois il reste, sans vouloir parler, enfoncé dans son lit, l'œil inquiet, le front plissé et comme absorbé par une idée fixe.

Durant une semaine, correspondant au deuxième septenaire

de la dothiéntérie cet homme n'a cessé de délirer sans cesse dans le même sens, parlant toujours de son contre-maitre qui lui en veut, de vol et de police. Vers le milieu de la troisième semaine cependant, les idées délirantes se calmèrent peu à peu. la convalescence se poursuivit sans incident fâcheux et le malade guérit complètement dans les premiers jours de décembre.

OBSERVATION XVII (Barié).

Dans le commencement du mois d'octobre 1887, je fus appelé à Saint-Mandé pour voir une jeune fille âgée de 17 ans, souffrante depuis quelques jours.

Cette jeune personne venait de passer deux mois de vacances en Bourgogne, et était rentrée seulement depuis l'avant-veille, mais déjà mal en train depuis deux jours environ. La malade se plaint de vives douleurs de tête et de perte totale du sommeil. En outre, elle est triste, inquiète, abattue, restant parfois de longues heures sans parler, jetant sur toute sa famille des regards haineux et terrifiés. L'appétit est nul, la langue et les lèvres un peu sèches, la peau brûlante et le pouls bat 132 pulsations à la minute. Constipation. Pas de vomissements. C'est dans ces conditions que je vois la malade pour la première fois et quoique encore indécis, je ne pus m'empêcher de penser à la possibilité d'une méningite probablement tuberculeuse, malgré l'absence de toute affection de cette nature dans la famille. Le lendemain ces premiers accidents ont pris une intensité vraiment effrayante. La malade a déliré toute la nuit, se plaignant sans cesse de mourir de soif, mais dès qu'on s'approche d'elle avec un breuvage, elle se recule épouvantée et repousse avec force la tasse qu'on lui présente. Elle prétend qu'on veut

la faire mourir, que son père et ses frères chuchotent derrière la porte et mettent du poison dans le lait qu'on lui offre. Elle ne veut pas qu'on s'approche de son lit, parce qu'elle a vu, dit-elle, qu'on voulait y mettre le feu. A de certains moments, il interpelle bruyamment son père, lui reproche de vouloir la faire mourir, éclate en sanglots et le supplie de ne pas lui faire de mal.

A d'autres instants, la jeune malade garde un mutisme obstiné, mais elle suit du regard les mouvements de ceux qui l'entourent. Durant la nuit, l'agitation a redoublé à un point tel, qu'un médecin du voisinage a dû prescrire un lavement de chloral qui n'a procuré qu'un calme passager.

D'ailleurs il est très difficile de faire prendre aucune médication, une purgation, que j'avais prescrite au début a été rendue presque aussitôt, et la constipation persiste, quant aux lavements, la malade est tellement rebelle, que leur administration est des plus difficiles.

Deux jours se passent encore de la même façon : le sommeil est nul, l'agitation presque permanente, et toujours la crainte d'être empoisonnée revient sans cesse dans le délire de la malade. Elle voit le poison qu'on apprête ; elle entend dans la chambre voisine, la voix de ses frères qui complotent entre eux, ou bien encore c'est son père qui prononce son nom et celui de la mort.

Dans de semblables conditions, l'inquiétude de la famille devenait chaque jour plus vive, et ma perplexité restait grande. L'hypothèse d'une fièvre typhoïde s'était présentée un moment à mon esprit, mais je ne croyais pas devoir y insister, l'absence de diarrhée, d'épirtaxis, d'éruption rubiolique et de manifestation vers l'appareil pulmonaire me semblaient devoir

faire rejeter ce diagnostic que je ne pouvais pas, d'autre part, appuyer sur l'exploration de la région splénique, l'examen des urines, ou l'état de la température. Je ne pus, en effet, à aucun moment, procéder à de semblables recherches à cause de l'agitation de la jeune malade.

Je commençais cependant à ne plus croire à l'existence d'une méningite tuberculeuse, vu l'absence de strabisme, des vomissements, du ralentissement du pouls, etc., et je me demandais s'il ne s'agissait pas, en dernière analyse, d'un cas de délire aigu, affection dont l'étiologie est encore si mal connue, mais qu'on rencontre quelquefois chez des malades à prédisposition névropathique héréditaire. Or c'était bien le cas ici, car la mère de la malade était une hystérique, un de ses oncles était mort épileptique à vingt-cinq ans, et un de ses frères avait eu une chorée qui dura pendant près d'une année.

Il fut donc convenu qu'on consulterait un médecin aliéniste, d'autant que la malade devenait très difficile et qu'il y avait peut-être péril à la garder dans le domicile commun à la famille.

Cependant nous étions arrivés au neuvième jour de cet état alarmant, et la malade ayant eu, depuis la veille, deux selles liquides spontanées qu'elle laissait aller sous elle, j'examinai le ventre de nouveau, et pour la première fois, je trouvai au niveau des attaches diaphragmatiques, cinq à six taches rosées, un peu pâles, mais présentant tous les caractères de la roséole typhique. En même temps la région iliaque droite était douloureuse et donnait naissance à la pression à du gazouillement très manifeste. Dès lors le diagnostic de fièvre typhoïde fut porté, et la consultation remise à quelques jours plus tard, si l'état cérébral ne s'amendait pas, car la famille restait un peu incrédule sur mon diagnostic.

A partir de ce moment, la dothiéntérie poursuivit son cours régulier : diarrhée, météorisme, légère congestion pulmonaire, diérotisme du pouls, etc. Elle évolua ainsi jusque vers le 25 octobre, époque où l'apyrexie se montra manifestement.

Mais durant toute la période fébrile, l'état délirant de la jeune malade persista avec une ténacité incroyable, se systématisant toujours autour de cette idée que sa famille voulait se débarrasser d'elle en la faisant mourir par le poison.

Peu à peu cependant, dès que la période apyrétique se fut prolongée de quelques jours, l'état cérébral devint meilleur ; et la jeune malade commença à supporter peu à peu près d'elle, la présence de ses parents ; elle avait encore un peu de défiance parfois, mais le calme revint graduellement dans son esprit.

La convalescence fut longue, quoique sa marche n'ait été traversée par aucune complication. Enfin, dans la première semaine de décembre, la guérison fut définitive.

Depuis l'année 1887, j'ai eu l'occasion de revoir plusieurs fois la malade, son état mental est parfait. J'ai su seulement que, pendant plusieurs mois, son intelligence et surtout sa mémoire étaient restées paresseuses.

OBSERVATION XVIII (Barié).

Une femme de dix-neuf ans, employée à des travaux de couture, est amenée à l'hôpital Tenon, salle Béhier, dans les derniers jours de février 1889.

Malade depuis sept jours : céphalalgie, insomnie, épistaxis, diarrhée, bronchite aux deux bases. Deux jours après, apparition de taches rosées sur l'abdomen.

Jusque vers le dixième jour environ, rien de particulier ne

se manifeste dans la dolhiéentérie qui paraît évoluer avec régularité, quand apparaissent de l'agitation nocturne et du délire bruyant. Cependant la fièvre n'a pas augmenté et jamais le thermomètre n'a dépassé 39 degrés et le pouls 132 pulsations. La malade ne parle pas, il est extrêmement difficile de la faire sortir de son mutisme. Si on s'approche d'elle, elle s'éloigne le plus possible, ou vous regarde d'un air de défiance ; elle ramène sans cesse ses draps autour d'elle comme pour s'en faire un rempart. Avec beaucoup de patience, on finit par surprendre quelques mots qui trahissent sa pensée : on chuchotte sans cesse autour d'elle, et elle prétend, à travers la porte, entendre des personnes qui complotent et veulent lui faire perdre sa place. D'autres fois, les mêmes personnes reportent de l'ouvrage mal taillé et disent que c'est elle qui l'a fait.

Un jour de visite, elle prétend avoir aperçu, à travers le vitrage, des ouvrières de son atelier qui riaient en la voyant et la montraient au doigt ; elle ajoute cependant qu'elles n'ont point osé monter dans la salle. Un peu plus tard, la malade accuse sourdement une femme très âgée, couchée en face de son lit et qui se lève difficilement, d'avoir été rendre visite à sa patronne pour lui conseiller de la renvoyer de l'atelier. Bien plus pour se débarrasser d'elle plus rapidement, elle prétend qu'on a voulu l'empoisonner ; les boissons et le vin sentent le soufre, elle n'y veut plus toucher.

Les choses restèrent en l'état pendant onze jours environ et, durant cette période ; la maladie première évolue régulièrement la température ne dépassant pas 39° le soir, et le matin 38°2. Au vingt-quatrième jour de la fièvre, typhoïde, l'apyrexie fut définitive, et la malade chez laquelle les hallucinations ont cessé presque complètement, reprend peu à peu sa raison.

Au treizième jour, tout est rentré dans l'ordre.

Les renseignements sur les antécédents de la malade nous ont appris qu'elle n'a jamais eu d'affection grave, et qu'il n'y avait chez elle aucune hérédité nerveuse appréciable.

OBSERVATION XIX (Barié).

C..., Louise, ménagère, âgée de vingt-deux ans, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte Anne le 30 novembre 1889, vers le cinquième jour d'une fièvre typhoïde qui évolue régulièrement jusque vers le huitième jour.

A partir de ce moment, la malade présente un état délirant presque continu, d'abord un peu vague, mais qui ne tarde pas à se systématiser. La malade ayant remarqué un matin que la fille de salle versait un peu de limonade dans son pot qui avait été renversé, crut que cette femme voulait l'empoisonner, et résista avec la plus grande énergie pendant une semaine environ, à toute tentative d'alimentation. Quand on l'approche, elle s'enfonce sous ses draps, et vous dévisage avec un regard inquiet ou haineux. Plus tard, elle se plaint de ses voisines qui s'entendent avec la fille de salle, pour mettre des « saletés » dans le lait qu'on lui distribue. Elle serre les dents et se débat très fort si on veut lui faire avaler quelques cuillérées de potion ; parvient-on à introduire quelques gorgées de liquide, de suite elle les crache de tous côtés, en criant que c'est du poison et qu'elle ne boira pas.

A la tombée de la nuit, les hallucinations deviennent plus fortes ; elle se voit entourée par ses voisines, qui veulent la tuer ou la faire boire de force, et sans cesse l'idée du poison revient à son esprit. A de certains moments, le délire est d'une

violence extrême. Elle ne cesse de crier et appelle son mari à son secours. Un peu plus tard, elle déclare avoir entendu, derrière son lit, des voix qui disaient : « Demain on l'empoisonnera ». Elle dit avoir reconnu la voix de ses voisines. Aussi dès qu'on s'approche de son lit, elle crie ou se renferme dans ses couvertures.

A la visite du 29 décembre au matin, comme j'avais remarqué la grande faiblesse des bruits du cœur, je prescrivis d'ajouter à la potion, qu'elle prenait plus mal que bien, 50 centigrammes de caféine. La malade croit entendre le mot café, et déclare qu'elle n'en prendra pas, que le café est un poison, et que nous sommes tous d'accord pour la faire mourir ; elle supplie son mari de venir la délivrer. En présence d'une pareille résistance de la part de la malade, on comprend que nous ayons eu la plus grande difficulté pour l'alimenter ; nous avons recouru le plus souvent aux lavements, encore la malade refusait-elle de se les laisser donner ou les rendait presque aussitôt.

Cet état de délire de persécution persista pendant plus d'un mois, et pendant ce laps de temps la fièvre typhoïde évoluait d'une façon régulière sauf quelques poussées de congestion pulmonaire et des signes évidents d'affaiblissement de la contractilité cardiaque, qui ont disparu à la suite de la médication par la caféine. La température a varié constamment, le soir entre 38.8 et 39.6 ; le matin entre 37.9 et 38.8.

Au trente-troisième jour, l'apyrexie est complète, et les accidents délirants s'amendent un peu ; cependant la malade éprouve toujours une répugnance grande pour tout espèce d'alimentation ; aussi sa faiblesse est-elle très grande. Les idées de persécution et la crainte d'être empoisonnée, quoique moins persistantes, n'ont pas encore disparu et une dizaine de jours

se passent encore sans amélioration sensible au point de vue cérébral.

Dans la seconde quinzaine de janvier, on parvient enfin à force de patience et de persuasion, à faire prendre à la malade, du bouillon, du lait et du vin; peu à peu, les idées délirantes s'effacent, et à part quelques légers retours, à trois reprises différentes au moment de la tombée de la nuit, les troubles cérébraux disparaissent et la malade promet d'être « sage ».

Elle ne se souvient de rien, et rit quand on lui raconte les différents épisodes de son délire.

Des renseignements ultérieurs nous ont appris qu'il n'y avait aucun antécédent nerveux héréditaire.

La malade elle-même ne présente aucune tare névropathique ou hystérique, mais son intelligence paraît assez médiocre.

OBSERVATION XX (Barié).

Lac..., Marie, 21 ans, journalière, entre le 26 août 1889 à l'hôpital de la Pitié, salle Valeix, n° 36, au cinquième jour d'une fièvre typhoïde : diarrhée, ventre ballonné, taches rosées lenticulaires, grosse rate, céphalalgie, insomnie, langue sèche. Quelques phénomènes d'ataxo-adynergie.

A son entrée, le thermomètre marque 41° le soir et 38° le matin. Le traitement consiste en lavements froids, matin et soir, lotions froides sur le corps, potion de Todd, sulfate de quinine 1 gramme, boissons acidulées abondantes.

Dès le neuvième jour, la malade présente du délire violent nuit et jour : elle refuse toute espèce d'alimentation et de boissons, car elles sont empoisonnées; des anges habillés en blanc lui sont apparus la nuit et lui ont défendu de boire.

Dès le lendemain, les anges ont disparu, mais Dieu s'est montré à elle au milieu d'une vive lumière et lui a parlé. Plus de cinquante fois par jour, elle étend ses mains vers le ciel et implore la miséricorde divine.

D'autres fois et malgré une fièvre ardente (40° le soir) la malade se met en prière, chante des cantiques incohérents, ou bien se croyant dans la basilique de Notre-Dame de Lourdes, elle entoure son poignet d'un cordon qu'elle prend pour un cha-pelet, fait des signes de croix et marmotte entre ses dents une prière inintelligible.

Cet état a persisté pendant une période de dix-huit jours environ, durant laquelle la température a oscillé entre 40°4 et 38°3. A deux reprises différentes, la malade a été traitée par la médication indiquée plus haut, et trois bains froids de 25° par jour ; mais au bout de sept jours, la première fois, de quatre à cinq jours la seconde, il a fallu cesser la balnéation à cause de la résistance de la malade et des difficultés matérielles qui en résultaient. Ce traitement d'ailleurs n'a réussi que momentanément à abaisser la température. Vers le vingt-huitième jour seulement, le thermomètre s'est maintenu définitivement autour de 37°.

A ce moment, les idées délirantes de la malade ont paru s'atténuer pendant une semaine : la répugnance pour l'alimentation était vaincue. Mais vers le trente-neuvième jour et alors que l'apyrexie était complète depuis longtemps et que la convalescence évoluait régulièrement, les hallucinations de la vue recommencent : les anges et Dieu sont de nouveau en communication avec la malade ; elle leur parle une sorte de grognement incohérent au milieu duquel se trouvent quelques mots sans rapport entre eux. Si on essaie d'intervenir elle crie, ne

veut pas qu'on s'approche d'elle, ou bien elle déclare que nous ne pouvons pas comprendre son langage qui n'est connu que d'elle seule et de Dieu. D'autres fois, elle reste dans un mutisme complet et comme absorbée dans la contemplation. Son indocilité, son caractère irascible, ses appels et ses chants de cantiques, indisposent tout l'entourage. C'est pourquoi, la fièvre typhoïde étant guérie complètement, on peut sans inconvénient évacuer cette jeune femme sur un asile d'aliénés, et le 3 octobre au quarante-troisième jour de la dathiénutérie, elle est dirigée sur l'asile Sainte-Anne.

Ce n'est que plus tard, que nous avons appris que cette femme avait toujours joui jusque-là d'une santé excellente ; et que son état mental n'avait jamais rien laissé à désirer. Elle était d'humeur douce, et n'avait jamais eu d'attaques convulsives. A diverses reprises, nous avons cherché l'existence de stigmates hystériques sans rien rencontrer de net.

Malheureusement les antécédents héréditaires étaient fort mauvais, car sa mère et ses frères étaient enfermés dans un asile d'aliénés depuis plusieurs années.

CONCLUSIONS

1° Le délire aigu, généralisé, vague, incohérent, est un phénomène constant dans le cours de la fièvre typhoïde ; il peut apparaître à toutes les périodes de la maladie ; au début il est rare, à la période d'état il est constant ; à la fin, après la chute de la fièvre, dans la convalescence il constitue une complication peu fréquente.

2° Le délire fébrile, partiel du début et de la convalescence de la fièvre typhoïde se rapproche du délire des vésanies proprement dites. Il peut être un délire religieux, hypémaniaque, mégalomaniacal ou de persécution des plus nettement systématiques. Mais tandis que le premier est apyrétique, le deuxième est fébrile.

3° Le délire est plus fréquemment observé dans le sexe féminin, il se montre chez les individus à tares névropathiques acquises ou héréditaires. Le délire ne fait que traduire l'état de souffrance de la corticalité cérébrale.

4° Le trouble cellulaire cérébral peut reconnaître pour cause soit une perversion dans la circulation cérébrale (anémie, congestion) ce qui est rare, soit une imprégnation des cellules nerveuses par une substance toxique apportée par le sang.

5° Les substances toxiques qui peuvent influencer le système nerveux et provoquer le délire dans la dothi-

- BECQUET. — Délire dans les maladies fébriles. 1866. Archives générales de médecine, pages 169-303.
- FOVILLE. — Nouv. diction. de médecine pratique, t. XI, p. 1.
- BARIÉ. — Union médicale, n° 43, page 601, avril 1877. Note sur deux cas de folie avec guérison, survenue pendant la période d'état de la fièvre typhoïde.
- Société médicale des hôpitaux, 28 février 1890.
- GRISOLLE. — Pathologie interne, tome I, page 33.
- VOISIN. — Bulletin de thérapeutique, 1874, pages 49-296.
- TROUSSEAU. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu, tome I, page 356.
- HANOT et BUCQUOY. — Archives générales de médecine, page 24, 1881.
- MARANDON DE MONTYEL. — De la fièvre typhoïde dans ses rapports avec la folie. Ann. méd. psychol., page 387, 1883.
- GUÉNEAU DE MUSSY. — Clinique médicale, tome III, p. 429, 1884.
- JACCOUD. — Dictionnaire.
- BOUCHARD et CHARCOT. — Traité de médecine.
- BROUARDEL et GIRODE. — Traité de médecine.

